



ISTITUTO COMPRESIVO “NICOTERA – COSTABILE”
a I N D I R I Z Z O M U S I C A L E

V I A G . P O R C H I O - 8 8 0 4 6 L A M E Z I A T E R M E (C Z)
Tel. 0968438316 – Fax 0968430518 – E-mail: czic850003@istruzione.it – czic850003@pec.istruzione.it
Sito web: www.scuolanicotera.it – Codice Meccanografico: CZIC850003 – Codice Fiscale: 82006410797



Modulo Intolleranze / Allergie (da restituire a scuola ai docenti accompagnatori)

I sottoscritti Sig.r _____ e Sig.ra _____

genitori dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

DICHIARANO

- Che il proprio/a figlio /a non presenta nessuna forma di allergia e /o intolleranze alimentari;
- Che il proprio/a figlio /a presenta la /le seguenti forme di allergia e /o intolleranze alimentari:

Allergie o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/le allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa)

Allergie di altro tipo (indicare in stampatello nello spazio sottostante):

Recapiti telefonici: Cell. Padre _____ **Cell. Madre** _____

Casa _____ **Altro** _____

Lamezia Terme/data _____

In caso di firma di un solo genitore:

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

Modulo Medicine (da restituire a scuola ai docenti accompagnatori)

I sottoscritti Sig.r _____ e Sig.ra _____

genitori dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA

DICHIARANO

- Che il proprio figlio ha il seguente gruppo sanguigno RH _____
- Che è in possesso della tessera sanitaria n° _____
- Che è allergico ai seguenti medicinali _____
- Che non può assumere in caso di bisogno i seguenti farmaci con la posologia sotto indicata
 - Farmaco _____ Posologia _____
 - Farmaco _____ Posologia _____
 - Farmaco _____ Posologia _____

Terapie mediche in atto Si No

Se si quali: _____

Il/La ragazzo/a sa gestire da solo/a la somministrazione dei farmaci Si No

Se **NO** autorizzano le/gli insegnanti alla somministrazione allegando prescrizione medica con posologia.

Recapiti telefonici: Cell. Padre _____ Cell. Madre _____

Casa _____ Altro _____

Lamezia Terme/data _____

In caso di firma di un solo genitore:

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____