

ESIGENZE ALIMENTARI E AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti (padre).....(madre).....
genitori dell'alunno/a.....nato/a.....il.....
frequentante la classe..... sez.... dell'I.C. Santa Lucia, plesso.....

Dichiarano che

- il proprio figlio/a è **intollerante/allergico ai seguenti alimenti:**

.....

- il proprio figlio/a è **allergico ai seguenti farmaci:**

.....

Pertanto

- si richiedono per il proprio figlio eventuali pasti alternativi (pasto per celiaci, vegetariani)
- si autorizza la somministrazione dei seguenti farmaci, in caso di necessità:

.....

Per ogni altro tipo di farmaco sarà necessaria la telefonata o il messaggio al genitore per il consenso della somministrazione tel...../ tel.

DICHIARAZIONE

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, i sottoscritti sollevano i docenti da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori

(padre).....

(madre).....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante.....genitori.....