ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Gregorio Caloprese" - 87029 SCALEA (CS)

TEL. / FAX : 0985 – 20988 - Via Fazio degli Uberti, 1

- www.icscalea.edu.it – E – mail : csic8ay00b@istruzione.it –PEC: csic8ay00b@pec.istruzione.it

cod. Meccanografico CSIC8AY00B - cod.fisc. 82000990786 - Codice Univoco: UFQCCB

All. 2 -Scheda personale/Modulo allergie/intolleranze

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "G. Caloprese"
Scalea

OGGETTO: progetto "VIVI E SCOPRI LA CALABRIA" -II FINESTRA - PER LA REALIZZAZIONE DI SPECIFICI PERCORSI ED ITINERARI DIDATTICI INTEGRATIVI NELL' AMBITO DELL' INIZIATIVA "VIVI E SCOPRI LA CALABRIA" – PR CALABRIA FESR FSE+ 2021/2027 – OP 4 – PRIORITA' 4 – OBIETTIVO SPECIFICO ESO 4.5 – AZIONE 4.e.1, TITOLO: "*Educhiamo al turismo scolastico e sostenibile nella Locride"*- CUP: J21I26000140002 – CODICE PROGETTO: M1003327P000032

DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI

I sottoscritti _____(padre) e _____ (madre) genitori/esercenti la potestà genitoriale dell'alunn… _____ frequentante la classe_____ sez. _____ partecipante alla visita guidata/viaggio di istruzione che si svolgerà a _____ dal _____ al _____ ,

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRI… FIGLI…

□ non è affett… da allergie e/o intolleranze alimentari;

□ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____ come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

□ non è affett… da allergie a farmaci;

□ che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco..... posologia.....

Farmaco..... posologia.....

□ che il proprio figlio/a deve assumere con cadenza …… (specificare se giornaliera o altro) i seguenti medicinali sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco..... posologia.....

Farmaco..... posologia.....

□ presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare_____

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, lì _____

Firma dei genitori

_____

_____