



**AII.4**

## **MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINE**

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_  
genitori o esercenti la potestà genitoriale di \_\_\_\_\_

### **DICHIARANO**

che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare; che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

---

---

---

---

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

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

**DATA**

---

**FIRMA DEL GENITORE**  
( o del titolare della potestà genitoriale)

---