

Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale "DE AMICIS – MAJORANA"
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado

Viaggio d'Istruzione in Calabria (dal 8 al 10 aprile 2026)

Modulo A) Intolleranze / Allergie

(da restituire a scuola ai docenti coordinatori)

I sottoscritti (genitori/tutori):

Genitori dell'alunno/a:

Classe:

Sez.:

DICHIARANO

☐ Che il proprio/a figlio/a non presenta alcuna allergia e/o intolleranza alimentare.

☐ Che il proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie/intolleranze alimentari:

In caso di intolleranze, specificare alternative alimentari consigliate:

Allergie di altro tipo (con particolare riguardo ai farmaci):

☐ Che il proprio/a figlio/a non necessita di assumere farmaci di alcun tipo.

☐ Che il proprio/a figlio/a necessita di assumere farmaci (vedi Modulo B1/B2).

Recapiti telefonici

Cell. Padre:

Cell. Madre:

Casa:

Altro:

Firma Genitore 1:

Firma Genitore 2:

In caso di firma di un solo genitore, si dichiara di aver effettuato la scelta nel rispetto della responsabilità genitoriale.

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e normativa vigente.

Modulo B1) Farmaci Salvavita

(da restituire a scuola ai docenti coordinatori)

I sottoscritti (genitori/tutori):

Genitori dell'alunno/a:

Classe:

Sez.:

Patologia/condizione clinica (come da piano terapeutico):

CHIEDONO CHE (barrare):

☐ Al/la proprio/a figlio/a siano somministrati durante il viaggio i farmaci salvavita previsti dal Piano terapeutico.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale scolastico individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti, sollevandolo da responsabilità purché l'azione sia svolta in ottemperanza al Piano terapeutico.

Modalità di fornitura/consegna dei farmaci (note):

Firma Genitore 1:

Firma Genitore 2:

Numeri di telefono utili

Genitori (cell/abitazione):

Pediatra/MMG:

Modulo B2) Farmaci per la sola durata del viaggio

(da restituire a scuola ai docenti coordinatori)

I sottoscritti (genitori/tutori):

Genitori dell'alunno/a:

Classe:

Sez.:

Patologia/necessità terapeutica:

Data prescrizione medica (allegata):

Dott./ssa:

CHIEDONO (barrare la voce che interessa)

☐ Individuare personale scolastico incaricato della somministrazione (non sanitaria) per la durata del viaggio.

☐ Che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:

☐ Vigilanza del personale docente (sorveglianza generica).

☐ Affiancamento del personale docente (controllo delle modalità).

N. confezioni integre consegnate:

Farmaco:

Lotto:

Scadenza

Firma Genitore 1:

Firma Genitore 2:

Numeri di telefono utili

Tel. Madre (fisso/cell):

Tel. Padre (fisso/cell):

Tel. medico curante:

NB: La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente scolastico e vale per la durata del viaggio. Farmaci in confezione integra.