

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE AMICIS – MAJORANA"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di primo grado

MODULO A – INTOLLERANZE / ALLERGIE

(da restituire ai docenti coordinatori)

I sottoscritti

genitori/tutori dell'alunno/a

classe

sez.

partecipante al Viaggio d'Istruzione in Calabria e Basilicata, dal 23 al 27 marzo 2026.

DICHIARANO

☐ che il/la proprio/a figlio/a non presenta allergie e/o intolleranze alimentari.

☐ che il/la proprio/a figlio/a presenta allergie/intolleranze (specificare):

Allergie di altro tipo (farmaci o sostanze):

☐ che il/la proprio/a figlio/a non necessita di assumere farmaci.

☐ che il/la proprio/a figlio/a necessita di assumere farmaci:

☐ di tipologia salvavita → compilare Modulo B1

☐ solo per la durata del viaggio → compilare Modulo B2

Recapiti telefonici

Cellulare padre

Cellulare madre

Telefono casa

Altro

Data

Firma del Genitore

Firma del Genitore

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE AMICIS – MAJORANA"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di primo grado

MODULO B1 – FARMACI SALVAVITA

(da restituire ai docenti coordinatori)

I sottoscritti

genitori/tutori dell'alunno/a

classe

sez.

Patologia:

CHIEDONO

che durante il viaggio venga garantita la somministrazione dei farmaci salvavita (Piano Terapeutico).

☐ Somministrazione da personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico.

Data

Firma del Genitore

Firma del Genitore

Numeri di telefono utili

Genitori (cell./abitazione)

PLS/MMG (Pediatra o Medico di base)

Telefono

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DE AMICIS – MAJORANA"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di primo grado

MODULO B2 – FARMACI PER LA SOLA DURATA DEL VIAGGIO

(da restituire ai docenti coordinatori)

I sottoscritti

genitori/tutori dell'alunno/a

classe sez.

affetto/a da:

CHIEDONO (barrare la voce di interesse)

☐ Individuare personale scolastico incaricato alla somministrazione durante il viaggio.

☐ Auto-somministrazione con:

☐ vigilanza del personale docente

☐ affiancamento del personale docente

N. confezioni Farmaco

Lotto Scadenza

Prescrizione medica allegata: ☐ Sì ☐ No

Data

Firma del Genitore

Firma del Genitore