L’alunno ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 risulta affetto dalle seguenti allergie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I genitori dichiarano che la/le allergia/e indicata/e non sono gravi non pregiudicano la possibilità di partecipare alla visita di istruzione. Ad ogni modo, dichiarano che la stessa/e è/sono controllata/e dall’uso di farmaci specifici di cui il minore viene dotato.

Si autorizzano gli insegnanti, qualora fosse necessario, alla somministrazione dei farmaci.

Firma genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’alunno ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 risulta affetto dalle seguenti allergie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I genitori dichiarano che la/le allergia/e indicata/e non sono gravi non pregiudicano la possibilità di partecipare alla visita di istruzione. Ad ogni modo, dichiarano che la stessa/e è/sono controllata/e dall’uso di farmaci specifici di cui il minore viene dotato.

Si autorizzano gli insegnanti, qualora fosse necessario, alla somministrazione dei farmaci.

Firma genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’alunno ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 risulta affetto dalle seguenti allergie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I genitori dichiarano che la/le allergia/e indicata/e non sono gravi non pregiudicano la possibilità di partecipare alla visita di istruzione. Ad ogni modo, dichiarano che la stessa/e è/sono controllata/e dall’uso di farmaci specifici di cui il minore viene dotato.

Si autorizzano gli insegnanti, qualora fosse necessario, alla somministrazione dei farmaci.

Firma genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma genitore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_