LICEO CLASSICO "MEGARA" - (SEZ. SCIENTIFICA ANNESSA)-AUGUSTA
Prot. 0004999 del 19/04/2023
VII (Uscita)

LICEO CLASSICO "MEGARA"
Classico -Scientifico - Scienze Umane - Linguistico - Artistico
AUGUSTA, VIA STRAZZULLA, 10 - 96011
Tel.. 0931-522024/521834
Codice Fiscale: 81002250892 PEC: srpc070006@pec.istruzione.it e-mail: srpc070006@istruzione.it sito web: www.liceomegara.edu.it

Prot. N°
C. I. n° 555.

- **Ai docenti**
- **Ai docenti Castro Alfio e Muscolino Maria Grazia**
- **Ai docenti coordinatori**
- **Agli alunni partecipanti al Viaggio d'istruzione Barcellona**
- **Agli alunni partecipanti al Viaggio d'istruzione Campania**
- **Alle famiglie per il tramite degli alunni**
- **Al Direttore dei Servizi G. e Amm.vi**
- **Al personale della Segreteria Didattica**
- **Atti**
- **Albo**
- **Sito web della scuola**

Oggetto: Comunicazione Allergie/Intolleranze e Documento d'identità - Viaggi d'istruzione Barcellona e Campania

Si comunica alle SS.LL. che i casi di allergie/intolleranze ai farmaci o agli alimenti, vanno comunicati compilando il modulo allegato che sarà consegnato al segretario/coordinatore di classe entro venerdì 21 aprile 2023.

I docenti segretari/coordinatori faranno pervenire tali documenti ai prof. Castro Alfio o Muscolino Maria Grazia.

Nota bene: per il viaggio d'istruzione a **Barcellona** occorre essere in possesso del **documento d'identità valido per l'espatrio di cui si deve consegnare la fotocopia.**

LICEO CLASSICO "MEGARA" SEZIONE SCIENTIFICA ANNESSA - C.F. 81002250892 - 96011 AUGUSTA (SR)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Renato Santoro

Al Dirigente scolastico

Del Liceo Classico Megara

Modulo intolleranze/allergie/medicine da restituire a scuola al docente accompagnatore

I sottoscritti Sig. ..... e Sig.ra.....
genitori dell'alunno/a..... classe..... sez.....
partecipanti al viaggio d'istruzione che si svolgerà nella località di _____ dal _____al _____.

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 o ai farmaci (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa e i farmaci):

.....
.....
.....
.....

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

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

Data, ...

Firma di entrambi i genitori .....

.....