AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Del liceo classico Francesco Vivona

**DICHIARAZIONE ASSUNZIONE FARMACI E DICHIARAZIONE ALLERGIE – PER VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………… nato/a a…………………………………… il ……………………. residente a……………………… in Via…………………………………….. telefono…………………………….cellulare………………...........genitore/tutore dell’alunno………………………………………..frequentante la classe ……………….e partecipante al viaggio d’istruzione a ………………………………………… dal………………………. Al……………………….

**□** dichiara che attualmente il/la figlio/a NON sta assumendo nessun farmaco.

**□** dichiara che il/la figlio/a deve assumere AUTONOMAMENTE a scopo terapeutico i seguenti medicinali:

1)

per uso

2)

Per uso

 3)

per uso

 4)

Per uso

5)

Per uso

secondo prescrizione del medico allegata

**dichiara**

 di non essere allergico/a a farmaci o sostanze.

* dichiara che il/la figlio/a NON è allergico/a a nessun farmaco, sostanza e alimento:
* dichiara che il/la figlio/a è allergico/a ai seguenti farmaci, sostanze e/o alimenti:
* altro………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………….rilasciando la presente, autorizza a darne copia ai medici e ai soccorritori incaricati del servizio di assistenza medica, nonché ai medici ospedalieri in caso di ospedalizzazione e autorizza in caso di necessità o di urgenza, il team degli accompagnatori, ad accompagnare il/la figlio/a al Pronto Soccorso, permettendo al personale medico di effettuare eventuali visite ed esami diagnostici (esami, Rx, tac, ecografie….) nonché la somministrazione dei necessari farmaci. (In ogni caso il genitore verrà sempre avvertito nella misura in cui sarà reperibile).

 In fede

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. Documenti in originale da avere in valigia: carta d’Identità, tessera sanitaria**