



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
*Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia*

**Educando Statale Maria Adelaide**

SCUOLA PRIMARIA - SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO AD INDIRIZZO MUSICALE  
 LICEO CLASSICO - LICEO CLASSICO EUROPEO  
 LICEO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE CON OPZIONE LINGUA CINESE  
 Corso Calatafimi, 86 - 90129 PALERMO - Tel. 6872233 - Distretto 3461  
 C.F. 80016390827 Convitto - C.F. 97163670827 Scuole annesse - Cod. Mecc. PAVE010005  
[pave010005@istruzione.it](mailto:pave010005@istruzione.it) - [pave010005@pec.istruzione.it](mailto:pave010005@pec.istruzione.it) - [www.educandatomariadelaide.edu.it](http://www.educandatomariadelaide.edu.it)




Alla Dirigente Scolastica  
 dell'Educando Statale  
 Maria Adelaide  
 Palermo

## MODULO INTOLLERANZE /ALLERGIE / FARMACI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_

genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Liceo \_\_\_\_\_

partecipante viaggio di istruzione in Toscana

## DICHIARANO

- ☐ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di Celiachia e/o allergia e/o intolleranza alimentare;
- ☐ che il proprio/a figlio/a è celiaco/a;
- ☐ che il proprio/a figlio/a è Vegetariano/Vegano oppure.....;
- ☐ che il/la proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i:

- ☐ che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali:

Farmaco

Numero di telefono del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Numero di telefono del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Numero di telefono della/o studente \_\_\_\_\_

Palermo, lì \_\_\_\_\_

**FIRMA DEI GENITORI/TUTORI**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_