



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Istituto Comprensivo Statale "G. Marconi"

Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria, Scuola Secondaria di 1° grado
Via XXV Aprile, 59 – San Giovanni Valdarno (AR)
Tel. 055/9126140 – fax 055/9126154

aric821002@istruzione.it – aric821002@pec.istruzione.it



unicef

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI PARTECIPANTI

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

DICHIARANO

- che il/la proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il/la proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che é consentito consumare in alternativa):

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

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

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

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

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

Si indica il numero di cellulare che lo studente porterà eventualmente con sé:

Si indicano i recapiti telefonici dei familiari dello studente da contattare in caso di necessità con indicazione del grado di parentela:

.....

Si dà conferma che il proprio figlio porterà con sé un documento di identità in corso di validità.

San Giovanni Valdarno li.....

Firma.....

Firma.....