# Al Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico Fermi di Aversa

# Oggetto: Comunicazione allergie e/o intolleranze alimentari e somministrazione farmaci – soggiorno ad Ascea

I sottoscritti ………………………………… e ………..……………………………, residenti a …………………………., in piazza/via …….……………………., n…. , genitori/tutori dell’alunno\a……………….…………………………………., nato/a a ……………..……………, il ………….., frequentante per l’anno scolastico 2024/2025 la classe. ...... sez. ……, della scuola Liceo Scientifico “E. Fermi” di Aversa (CE), del Comune di ……………………..………………,

**DICHIARANO**

(BARRARE SOLO LA PARTE CHE INTERESSA)

**che il/la propri/a figlio/a è affetto/a da:**

* Intolleranza alimentare a …………………………
* Allergia alimentare a ……………………………
* Altre forme di allergia ………………………………
* Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, fenilchetonuria, ecc.).
* Altro: …………………………………………………………………………………………

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione di farmaci temporanea durante le uscite didattiche e/o i viaggi d’istruzione, i genitori dell’alunno/a dovranno far pervenire al Dirigente Scolastico formale richiesta, **valevole per l’intero anno scolastico e firmata da entrambi i genitori.**

………………., …/…/202.. firma dei genitori

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

………………., …/…/202.. firma dei genitori