



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo "Porto Romano"
Sede Centrale: Via G. Bignami, 26 – Tel. e fax 06/65210799 – C.F. 97710580586
Succursale: Via Coni Zugna, 161 – Tel. 06/65210796 - C. M: RMIC8DM00N
00054 Fiumicino (RM) - e-mail: rmic8dm00n@istruzione.it

Genitori alunni classi 2^AE – 2^AH – 2^AM -
2^AC – 2^AG - 2^AD – 3^AD - 3^AA – 3^AB – 3^AI
Scuola Secondaria

Circolare n. 558 del 03 aprile 2024

Oggetto: Dichiarazione intolleranze – Assunzione farmaci

I genitori degli alunni che partecipano ai viaggi di istruzione dovranno compilare e firmare la dichiarazione relativa alle intolleranze e assunzione farmaci allegata.

La stessa va consegnata all'insegnante coordinatore di classe entro e non oltre la data indicata nella seguente tabella:

VIAGGIO DI ISTRUZIONE	CLASSI	DATA CONSEGNA
TOSCANA 10 – 11 – 12 APRILE	2 ^A E – 2 ^A H – 2 ^A M	VENERDÌ 5 APRILE
TOSCANA 15 – 16 – 17 APRILE 22 – 23 – 24 APRILE	2 ^A C – 2 ^A G 2 ^A D – 3 ^A D	MARTEDÌ 9 APRILE
FRIULI 6 – 7 – 8 – 9 MAGGIO	3 ^A A – 3 ^A B – 3 ^A I	

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Lorella Iannarelli

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 c. 2 D.Lgs n. 39/1993

DICHIARAZIONE INTOLLERANZE – ASSUNZIONE FARMACI

Io sottoscritto _____ genitore dell'alunno
_____ classe _____ autorizzando mio figlio/a
a partecipare al campo scuola che si terrà _____
_____ dal _____ al _____

DICHIARO

- che mio figlio/a non ha nessuna allergia alimentare o altro
- che ha le seguenti forme allergiche e non può assumere i seguenti alimenti – farmaci

- se necessario assumerà autonomamente i seguenti farmaci (che avrà cura di portare con sè)

Fiumicino _____

Firma del genitore

RECAPITI TELEFONICI:

1. _____

2. _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA