

PIANO NAZIONALE
SCUOLA digitaleISTITUTO COMPRENSIVO
CAPOL D.D.

SCUOLA CON PERCORSI AD INDIRIZZO MUSICALE

PLESSO SCUOLA SECONDARIA I GRADO: "G. Mazzini" tel. 0823.452954

PLESSI SCUOLA PRIMARIA E INFANZIA: "N. Green" tel. 0823.422239

PLESSO SCUOLA DELL'INFANZIA: "VIA MILANO" tel. 0823.457980

Ambito Campania 0007 – DR Campania – Ambito CE-7 – Distretto di appartenenza 014



Erasmus+

pon
2014-2020

Cambridge

English Qualifications

Comunicazione n. 221

San Nicola la Strada, 30/03/2026

Ai sig. Genitori interessati
Al DSGA
Al Sito web

Oggetto: DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE/FARMACI

Si comunica a tutti i partecipanti del *Viaggio d'istruzione/Campo scuola "Terra del Mito" presso HAPPY VILLAGE MARINA DI CAMEROTA dal 6 al 8 Maggio 2026* di compilare in ogni sua parte, in maniera leggibile, in stampatello e di barrare le parti non interessate, l'allegato alla presente comunicazione e di consegnarlo al coordinatore di classe entro e non oltre il 13 aprile 2026
In allegato modulo di dichiarazione

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Patrizia Merola
Documento firmato digitalmente ai sensi del CAD

DICHIARAZIONE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI E DA FARMACI

***Viaggio d'istruzione/Campo scuola "Terra del Mito" presso HAPPY VILLAGE
MARINA DI CAMEROTA dal 6 al 8 Maggio 2026***

I sottoscritti e

☐ GENITORI; ☐ AFFIDATARI; ☐ TUTORI, dell'alunn_____

classe **III** sez in riferimento alla autorizzazione a partecipare alla ***Viaggio d'istruzione/Campo scuola "Terra del Mito" presso HAPPY VILLAGE MARINA DI CAMEROTA dal 6 al 8 Maggio 2026***, consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali, in caso di false attestazioni e di mendaci dichiarazioni, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

DICHIARANO CHE L'ALUNN_____

☐ non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

☐ presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i;

(indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e o intolleranze)

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

☐ **NON** si somministra i farmaci autonomamente;

☐ si somministra i farmaci autonomamente;

☐ **NON** presenta allergie a farmaci

☐ presenta allergie a farmaci: _____

INOLTRE

☐ autorizzano a mezzo email, in caso di necessità durante la durata del campus, la somministrazione da parte del docente accompagnatore di eventuali medicinali.

Data,

Firme

Si prega di compilare tutte le voci e di barrare le voci non interessate.

Da consegnare al coordinatore di classe entro il **13 APRILE 2026**