Al Dirigente Scolastico

IIS ANGELO FRAMMARTINO Monterotondo (RM)

**DICHIARAZIONE PERSONALE – VIAGGI D’ISTRUZIONE**

**(si prega di scrivere in stampatello)**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………….. genitore/tutore dell’alunno/a ………………………………………………………………….. classe………… sez……….

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a dalle seguenti patologie/allergie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

e/o deve assumere i seguenti medicinali (allegare indicazioni mediche su modalità e tempi):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Luogo e data: Firma