**DICHIARAZIONE ALLERGIE E INFORMAZIONI MEDICHE DELLO STUDENTE**

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………, che nell’a.s. 2018/19 frequenterà la classe ……… sez. ……. del **Liceo Chris Cappell College di Anzio** (RM), selezionato/a per la partecipazione al progetto “Potenziamento dei percorsi di alternanza scuola-lavoro”- Percorso Transnazionale - presentato dal Liceo con il titolo “**Mind your business**”al quale è stato attribuito il seguente codice identificativo: **10.2.5.B-FSEPON-LA-2017-43;** perl’ a.s.2018/2019 che si terrà a Dublino nel mese di settembre 2018

**DICHIARA**

* Di non avere problemi di salute
* Di avere problemi di salute per patologie croniche (indicare la patologia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), per le quali ha la necessità di assumere farmaci quotidianamente

Indicare quali\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di non essere affetto da alcun tipo di allergia
* Di soffrire di allergie ambientali
* Di soffrire di allergie agli animali

e per tale motivo necessita di assumere i seguenti farmaci al bisogno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di soffrire di allergie/intolleranze alimentari

e per tale motivo necessita di seguire una dieta alimentare priva di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di soffrire di allergie ai seguenti farmaci (o categoria di farmaci): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ulteriori informazioni importanti da segnalare (es. per motivi etici o religiosi non mangia carne, ha paura degli animali domestici, ecc…)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di emergenza sanitaria o di necessità di un ricovero o di operazione chirurgica urgente

* Autorizza
* Non autorizza

il docente accompagnatore a prendere i dovuti provvedimenti e firmare le eventuali autorizzazioni per il ricovero.

INDICARE CONTATTI DI EMERGENZA:

Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sig/Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sig/Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma dell’alunno

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori (facoltativa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_