**Autorizzazione partecipazione PON**

Il/la sottoscritto/a Sig. …...................................................... genitore dell’alunno/a ………………………………………… classe............... sez............ autorizza il/la proprio/a figlio/a partecipare al progetto PON: Summer Camp che si terrà nel periodo dal 6 maggio al 29 maggio a Torgnon (Valle D’Aosta)

**DICHIARA**

che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare;**

che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i **allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i** (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

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

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

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

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

che il proprio/a figlio/a **può autosomministrarsi in caso di bisogno i seguenti medicinali**, su autorizzazione del genitore o di chi ne fa le veci, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata: 

Farmaco.............................................................. posologia...........................................................................

Farmaco.............................................................. posologia...........................................................................

Farmaco.............................................................. posologia..........................................................................

Farmaco.............................................................. posologia..........................................................................

Gli studenti dovranno seguire le regole e le indicazioni degli accompagnatori (esperti e tutor) anche e soprattutto nei brevi momenti di interruzione delle attività in cui non è possibile effettuare un controllo individuale da parte dei docenti.

Data, …………………………..

Firma del genitore

…………………………….