



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 partecipanti
viaggi d'istruzione/uscite didattiche
Scuola Primaria e Secondaria

Circolare n. 484 del 4 marzo 2026

Oggetto: Allergie alimentari/intolleranze e assunzione farmaci

Con la presente si trasmette in allegato il modulo per la segnalazione di allergie/intolleranze alimentari e farmaci da assumere in caso di necessità.

Il modulo dovrà essere compilato in ogni sua parte per tutti gli alunni partecipanti ai viaggi d'istruzione, allegando l'eventuale documentazione medica, e consegnato al coordinatore/docente di classe, anche tramite Teams, entro e non oltre il giorno **9 Marzo 2026**.

VIAGGI DI ISTRUZIONE	CLASSI
Campania (primaria)	5 ^A C – 5 ^A D
Abruzzo	2 ^A F – 3 ^A D – 3 ^A E – 3 ^A I
Emilia Romagna	3 ^A B – 3 ^A G – 3 ^A H
Toscana	2 ^A C – 2 ^A E
Caserta	2 ^A A – 2 ^A I – 2 ^A L - 3 ^A A
Anagni	1 ^A B – 1 ^A D – 1 ^A E – 1 ^A L – 1 ^A M – 2 ^A G – 2 ^A H – 3 ^A C – 3 ^A F
Viterbo	1 ^A A – 1 ^A C – 1 ^A F – 1 ^A G – 1 ^A I – 2 ^A B – 2 ^A M – 3 ^A L

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

I sottoscritti _____, _____ genitori dell'alunno
_____ classe _____ autorizziamo nostro figlio/a a
partecipare al campo scuola che si terrà a _____
_____ 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 sé):

RECAPITI TELEFONICI:

1. _____
2. _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA

Fiumicino, lì _____

Firma leggibile di entrambi i genitori

In caso di una sola firma:

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di genitore o di chi esercita la
responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____, dichiara di aver effettuato la scelta in
osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice
civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma
