**ALLEGATO C**

**RIEPILOGO SCHEDE SANITARIE**

**docente di riferimento ( compilante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**classe \_\_\_\_\_\_\_\_ viaggio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

il docente accompagnatore della classe dichiara che dalle schede consegnate dalle famiglie risulta il seguente quadro riepilogativo:

numero **[ ]** alunni con INTOLLERANZE ALIMENTARI (per le quali è stato allegato certificato medico**)**

| **alunno**  | **intolleranze** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

numero **[ ]** alunni con INTOLLERANZE A FARMACI (per le quali è stato allegato certificato medico**)**

| **alunno**  | **intolleranze** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

numero **[ ]** alunni con per i quali è stata depositata in segreteria delega all'insegnante per la somministrazione di FARMACI SALVAVITA.

| **alunno**  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Bracciano/Anguillara \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_