DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

IL/La sottoscritto/a……..

Nato/a a ……. Il ……..

Residenta a ……Via ……..

DICHIARA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

Cognome e nome del/la bambino/a ……

Nato/a ……. Il ……

1) allergie

◊ ai farmaci Δ si Δ no

se si quali ……

◊ agli alimenti Δ si Δ no

se si quali ……

◊ alle sostanze presenti nell'ambiente Δ si Δ no

se si quali ……..

◊ ad altro Δ si Δ no

……..

2) patologie in atto …….

3) terapie in corso …….

Autorizziamo il trattamento dei dati personali ai fini delle attività correlate alla frequenza del proprio/a bambino/a della Scuola dell'infanzia.

Data …… Firma entrambi genitori

……

……