

COGNOME NOME (ALLIEVO) _____ CLASSE _____

NATO A _____ RESIDENTE _____

TEL _____

SCHEDA SANITARIA

Il sottoscritto/a genitore _____

DICHIARA che il proprio figlio/a non soffre di alcuna patologia

Si autorizzano in ogni caso gli accompagnatori a somministrare, in caso di necessità, antidolorifici e/o antifebbrili, analgesici, medicinali usuali di primo soccorso come disinfettanti, pastiglie per il mal di gola, tosse, mal d'auto etc.

Il/la figlio/a soffre delle seguenti intolleranze medicinali e pertanto dovrà osservare i seguenti comportamenti ed assumere i seguenti farmaci come di seguito riportato:

Il/la figlio/a soffre delle seguenti intolleranze alimentari e pertanto non può mangiare i seguenti prodotti:

n.b. per il diritto di privacy la scheda sarà consegnata alla referente che tratterà i dati in essa contenuti con la massima riservatezza e solo per gli scopi previsti e garantire la sicurezza dell'alunno/a.

firma genitore o chi ne fa le veci

data _____

AUTORIZZA

ALTRESI AI SENSI DEGLI ARTT. 10 E 11 L. 675/96, ALLA RIPRESA ED EVENTUALE SUCCESSIVO UTILIZZO/DIVULGAZIONE DELLE IMMAGINI RITRAENTI IL FIGLIO/A NELL'AMBITO DELL'INIZIATIVA SCOLASTICA AI FINI PROMOZIONALI E INFORMATIVI

firma genitore o chi ne fa le veci

Firma _____

Data, _____