

DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a
 nato/a il a Prov.
 residente nel Comune di Prov.
 in Via/P.zza n° tel.
 in qualità di genitore di
 nato/a il giorno

DICHIARA

1. che il/la proprio/a figlio/a presenta :

- ALLERGIE - ai farmaci SI NO
 se si quali:

 - agli alimenti SI NO
 se si quali:

 - alle sostanze presenti nell'ambiente SI NO
 se si quali:

 - ad altro SI NO
 se si quali:

- PATOLOGIE IN ATTO
- TERAPIE IN CORSO

2. si impegna a segnalare alla coordinatrice del servizio la presenza di eventuali malattie potenzialmente trasmissibili del/della bambino/a o di qualsiasi altro soggetto a stretto contatto con il/la bambino/a.

3. comunica di essere reperibile ai seguenti numeri telefonici

Autorizza il trattamento dei dati personali ai fini delle attività correlate alla frequenza del/della proprio/a figlio/a al Gruppo Zero-Sei.

Vergiate,

Firma

.....