



AUTODICHIARAZIONE DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a	
genitore/tutore legale di	

DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT.46 E 47 DEL D.P.R.N 445 DEL 28.12.2000 CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

NOTE MEDICHE (DEVONO ESSERE CORREDATE DA CERTIFICATO MEDICO E NEL CASO DI FARMACO D'URGENZA ANCHE ISTRUZIONI RELATIVE ALLA POSOLOGIA)

<input type="checkbox"/> E' certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da	<input type="checkbox"/> operatore ULSS	<input type="checkbox"/> insegnante di sostegno
<input type="checkbox"/> E' affetto da particolari patologie	<input type="checkbox"/> problemi cardiaci	
	<input type="checkbox"/> problemi respiratori (es. asma bronchiale)	
	<input type="checkbox"/> problemi osteo-muscolari	
	<input type="checkbox"/> problemi motori	
	<input type="checkbox"/> diabete	
<input type="checkbox"/> altro (specificare):		
<input type="checkbox"/> Ha le seguenti allergie non alimentari	<input type="checkbox"/> farmaci (specificare)	
	<input type="checkbox"/> punture d'insetti (specificare)	
	<input type="checkbox"/> altro (specificare):	
<input type="checkbox"/> Necessita la somministrazione di farmaco d'urgenza ("salvavita") –	<input type="checkbox"/> specificare:	
RICHIESTA DIETA SPECIFICA: ALLEGARE MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE, LIBERATORIA CAMST (E CERTIFICATO MEDICO IN CASO DI ALLERGIA)		
<input type="checkbox"/> Ha seguenti allergie alimentari	specificare:	
<input type="checkbox"/> Necessita la seguente dieta per motivi etico-religiosi	specificare:	

OVVERO:

<input type="checkbox"/>	Non rientra in alcuna delle casistiche sopra indicate, e gode di buona salute.
--------------------------	--

Data

Firma di entrambi i genitori o del soggetto che esercita la potestà genitoriale

--	--