

OGGETTO: informativa e documentazione sanitaria per campo scuola

Relativamente al Campo Scuola Località _____ in data dal
_____ al _____ il genitore/i _____
dell'alunno _____ relativamente al/alla
proprio/a figlio/a

DICHIARANO

Intolleranze alimentari:

- dieta da seguire: _____
- allergie: _____
- patologie croniche con assunzione regolare dei farmaci

(dichiarare la patologia e i farmaci)

Allegano alla presente:

- fotocopia del libretto sanitario del proprio figlio/figlia;
- certificato medico (nell'eventualità che si debbano somministrare medicinali particolari con indicazione dei relativi dosaggi);
- i recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e contatti da parte dei docenti accompagnatori:

tel casa: _____

cellulare: _____

cellulare: _____

Firma

