

I sottoscritti _____ e _____

genitori della/del bambina/o _____

iscritto al servizio _____ anno _____

Attestano che

Con tessera sanitaria n° _____ USL _____

È coperto da vaccinazione antitetanica _____ ultimo richiamo il _____

Ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie _____

Ha contratto l'epatite di tipo A o B _____

Ha contratto le seguenti malattie pediatriche _____

Ha contratto: bronco polmonite, focolai TBC, altro _____

È affetto da cardiopatie _____

E' allergico ai seguenti farmaci _____

E' allergico ai seguenti cibi _____

E' allergico ad altro _____

E' affetto da asma _____

Sta seguendo la seguente terapia _____

Sta seguendo la seguente dieta particolare _____

Non proviene da ambiente interessato da malattie infettive _____

Non ha patologie in atto _____

Le presenti dichiarazioni sono rilasciate nella consapevolezza delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, come stabilito dall'art. -76 del D.P.R. 445/2000.

Data.....

Firma di genitori

.....
.....

Il personale del servizio non è autorizzato alla somministrazione di farmaci

In caso di patologie in atto, terapie mediche, allergie, problemi di natura sanitaria, occorre una dichiarazione scritta del medico curante con timbro e firma.