



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.