



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.

