

COGNOME NOME ALLIEVO/A _____ CLASSE _____

NATO/A A _____ RESIDENTE _____

TEL. 1 _____

TEL. 2 _____

TEL. 3 _____

**Indicare il contatto di un genitore, altro esercente la potestà genitoriale o familiare da contattare in caso di emergenza; è possibile (e consigliato) indicare sino a tre recapiti; la compilazione è sempre necessaria, anche in caso di allievi maggiorenni).*

1) SCHEDA SANITARIA

Il sottoscritto/a genitore _____

DICHIARA che il/la proprio/a figlio/a

non soffre di alcuna patologia

Si autorizzano in ogni caso gli accompagnatori a somministrare, in caso di necessità, antidolorifici e/o antifebbrili, analgesici, medicinali usuali di primo soccorso come disinfettanti, pastiglie per il mal di gola, tosse, mal d'auto etc. (se ritenuto opportuno, indicare eventuali farmaci abitualmente per tali patologie):

(oppure)

Il/la figlio/a soffre delle seguenti allergie/intolleranze medicinali e pertanto dovrà osservare i seguenti comportamenti ed assumere i seguenti farmaci come di seguito riportato:

Il/la figlio/a soffre delle seguenti allergie/intolleranze alimentari e pertanto non può assumere i seguenti prodotti:

Eventuali ulteriori indicazioni a carattere precauzionale:

Il/la figlio/a segue la seguente dieta speciale (specificare tipo di dieta ed alimenti/bevande da NON assumere):

Firma di un genitore (o del soggetto esercente la potestà genitoriale)
