COMUNICAZIONE DI EVENTUALI
ALLERGIE/PATOLOGIE
DURANTE LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DIDATTICA.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:
NOME _____ *COGNOME* _____
IL/LA SOTTOSCRITTO/A:
NOME _____ *COGNOME* _____

GENITORE/TUTORE

DELL'ALUNNO/A _____
NATO/A IL _____ *A* _____
FREQUENTANTE LA CLASSE _____ *ANNO SCOLASTICO* _____

NEL RISPETTO DEL D.LGS.N.196/30.06.2003 E DEL R.E.N.679/216
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

DICHIARANO QUANTO SEGUE:

- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***NON HA ALCUNA ALLERGIA*** ☐
- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***E' ALLERGICO/A AI SEGUENTI ALIMENTI E/O SOSTANZE*** *(SPECIFICARE SE SONO NECESSARI, PER TALE 'ALLERGIA', 'FARMACI SALVAVITA'__ ALLEGARE EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO INDICANTE:* .
  1.*TIPO DI FARMACO __* ***2.****PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE* ☐

_____
_____
_____

- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***NON HA ALCUNA 'PATOLOGIA'*** ☐
- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***E' AFFETTO DA QUESTA 'PATOLOGIA'*** *(SPECIFICARE SE SONO NECESSARI, PER TALE 'PATOLOGIA', 'FARMACI SALVAVITA'__ ALLEGARE EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO INDICANTE:*
1.*TIPO DI FARMACO __* ***2.****PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE)* ☐

_____
_____
_____

- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***NON HA ALCUN PROBLEMA DURANTE LA 'PAUSA DEL SONNO [MENTRE DORME]'*** ☐
- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***DURANTE 'PAUSA DEL SONNO [MENTRE DORME]' HA ALCUNE PROBLEMATICHE*** *(SPECIFICARE LE PROBLEMATICHE)*

  _____
  PER TALE 'PROBLEMATICA' SONO NECESSARI QUESTI 'FARMACI'__ ALLEGARE EVENTUALE CERTIFICATO MEDICO INDICANTE:
  1.*TIPO DI FARMACO __* ***2.****PROCEDURE DI SOMMINISTRAZIONE)* ☐

TALI DATI POTRANNO ESSERE SUCCESSIVAMENTE TRATTATI ESCLUSIVAMENTE NEL RISPETTO DI TUTTE LE NORME VIGENTI.

_____,_____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORI)_ALLEGARE DOCUMENTI

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE
(PADRE)

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE
(MADRE)