



SCHEDA DELEGHE E ALLERGIE SUMMER CAMP

Il/la sottoscritto/a _____

genitore del minore _____ nato a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (art. 26 legge 15/68 e art. 489 c.p.)

DICHIARA CHE

Il/la bambino/a assume farmaci quotidianamente SI NO

Indicare quali _____

Ha riscontrato problemi di epilessia SI NO

Ha intolleranze/allergie alimentari SI NO

Indicare quali _____

(in caso di dieta, per la somministrazione dei pasti occorre allegare la copia del certificato medico per la richiesta del pasto)

DELEGA, INOLTRE, LE SEGUENTI PERSONE AL RITIRO DEL BAMBINO/A AL TERMINE DELLE ATTIVITA'

- 1) NOME _____ COGNOME _____ C. IDENTITA' N. _____
- 2) NOME _____ COGNOME _____ C. IDENTITA' N. _____
- 3) NOME _____ COGNOME _____ C. IDENTITA' N. _____

FIRMA DEL GENITORE

