

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ padre/madre del minore

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

in relazione all'iscrizione del proprio figlio alla Colonia Montana di S. Bernardo

#### DICHIARA

- che il n. della tessera sanitaria è \_\_\_\_\_

- che il medico curante del minore è il dott. \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

- che il minore risulta allergico a: \_\_\_\_\_  
(farmaci, pollini, polveri, muffe, insetti, alimenti, altro)

- che il minore ha già contratto le seguenti malattie:  
morbillo - parotite - pertosse - rosolia - varicella - scarlattina - altro

---

- che il minore assume la seguente terapia (specificare farmaci e posologia);

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- che il minore è portatore di apparecchi protesici e/o altri ausili:

\_\_\_\_\_

- che il minore deve seguire una dieta speciale senza i seguenti alimenti vietati:

---

**in questo caso è obbligatoria la certificazione medica**

eventuali altre comunicazioni: \_\_\_\_\_

IL GENITORE DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_\_