

Il sottoscritto padre/madre del minore
..... nato a il
residente in Via
(indicare anche il cap)
Telefono n° mail

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

DICHIARA

- 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 (specificare)

- 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: