

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 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: _____