



AUTODICHIARAZIONE DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a	
genitore/tutore legale di	

DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT.46 E 47 DEL D.P.R.N 445 DEL 28.12.2000 CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A:

NOTE MEDICHE (DEVONO ESSERE CORREDATE DA CERTIFICATO MEDICO E NEL CASO DI FARMACO D'URGENZA ANCHE ISTRUZIONI RELATIVE ALLA POSOLOGIA)

☐ E' certificato ai sensi della legge 104/92 e durante l'anno scolastico è seguito da	☐ operatore ULSS	☐ insegnante di sostegno
☐ E' affetto da particolari patologie	☐ problemi cardiaci	
	☐ problemi respiratori (es. asma bronchiale)	
	☐ problemi osteo-muscolari	
	☐ problemi motori	
	☐ diabete	
☐ altro (specificare):		
☐ Ha le seguenti allergie non alimentari	☐ farmaci (specificare)	
	☐ punture d'insetti (specificare)	
	☐ altro (specificare):	
☐ Necessita la somministrazione di farmaco d'urgenza ("salvavita") –	☐ specificare:	
RICHIESTA DIETA SPECIFICA: ALLEGARE MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE, LIBERATORIA CAMST (E CERTIFICATO MEDICO IN CASO DI ALLERGIA)		
☐ Ha seguenti allergie alimentari	specificare:	
☐ Necessita la seguente dieta per motivi etico-religiosi	specificare:	

OVVERO:

☐	Non rientra in alcuna delle casistiche sopra indicate
--------------------------	---

Data

Firma di entrambi i genitori o del soggetto che esercita la potestà genitoriale

--	--