SCHEDA SANITARIA PER VIAGGI D’ISTRUZIONE

**I sottoscritti**

**Cognome …............................................................. Nome…...........................................................**

**Cognome …..............................................................Nome…...........................................................**

**Genitori dell' alunno/a:**

**Cognome Nome classe­­\_\_\_\_\_\_\_\_**

**reperibili ai seguenti numeri telefonici:**

**Cell.…...................................................................................................................................................**

**Cell........................................................................................................................................................**

FORNISCONO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, LE INFORMAZIONI DI SEGUITO RICHIESTE PER LA PARTECIPAZIONE DEL MINORE ALL’INIZIATIVA

Eventualipatologieincorso….......................................................................................

….....................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

Allergie particolari…......................................................................................................

Terapie eventuali in corso (allegare certificato medico)

….....................................................................................................................................

….....................................................................................................................................

Diete sanitarie (allegare certificato medico) …...............................................................

….....................................................................................................................................

….....................................................................................................................................

Notizie utili da comunicare ….........................................................................................

….....................................................................................................................................

….....................................................................................................................................

Indicare farmaci/terapie per le quali non dà l’autorizzazione…....................................

….....................................................................................................................................

….....................................................................................................................................

A tale scopo il sottoscritto:

* è informato che, ai sensi della Legge 196/03 - Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali -, i dati di seguito forniti saranno gestiti dalla Scuola.
* dichiara di essere consapevole che, ai sensi degli artt. 73, 75, 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia e che la Scuola è esente da ogni responsabilità in conseguenza di falsedichiarazioni.

Ladispoli,………………..

Firma dei Genitori