

## Scheda deleghe e allergie Campi Estivi 2024 Cus Bologna

IL SOTTOSCRITTO (cognome e nome del genitore)

\_\_\_\_\_

GENITORE DEL MINORENNE (cognome e nome)

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (art.26 legge 15/68 e art.489 c.p.)

### DICHIARA CHE

Il/La bambino/a ha una certificazione di disabilità in ambito scolastico: SI NO

Assume farmaci quotidianamente SI NO

Indicare quali \_\_\_\_\_

Ha riscontrato problemi di epilessia SI NO

Intolleranze/allergie alimentari

\_\_\_\_\_

(in caso di dieta, per la somministrazione dei pasti occorre allegare la copia del certificato medico per la richiesta del pasto "speciale")

Allergie

\_\_\_\_\_

### DELEGA INOLTRE LE SEGUENTI PERSONE AL RITIRO DEL BAMBINO/A AL TERMINE DELLE ATTIVITA'

1) NOME COGNOME C.IDENTITA' N.

2) NOME COGNOME C.IDENTITA' N.

3) NOME COGNOME C.IDENTITA' N.

Firma del Genitore \_\_\_\_\_