

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 _____