

SCHEDA SANITARIA / ALIMENTARE

Cognome e Nome Studente/ssa: _____ Classe: _____

nato/a a _____ il: ___/___/___ e residente a _____

***Indicare il contatto di un genitore, altro esercente la potestà genitoriale o familiare da contattare in caso di emergenza; è possibile (e consigliato) indicare sino a tre recapiti; la compilazione è sempre necessaria, anche in caso di allievi maggiorenni.**

tel. 1 _____ tel 2: _____ tel 3: _____

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore, esercente la potestà genitoriale o familiare _____

DICHIARA che il/la proprio/a figlio/a

non soffre di alcuna patologia

Si autorizzano in ogni caso gli accompagnatori a somministrare, in caso di necessità, antidolorifici e/o antifebbrili, analgesici, medicinali usuali di primo soccorso come disinfettanti, pastiglie per il mal di gola, tosse, mal d'auto etc. (se ritenuto opportuno, indicare eventuali farmaci abitualmente somministrati per tali patologie) **forniti dalla famiglia per questo scopo:**

soffre delle seguenti allergie/intolleranze medicinali e pertanto dovrà osservare i seguenti comportamenti ed assumere i seguenti farmaci, come di seguito riportato, **forniti dalla famiglia per questo scopo:**

soffre delle seguenti allergie/intolleranze alimentari e pertanto non può assumere i seguenti prodotti:

segue la seguente dieta speciale (specificare tipo di dieta ed alimenti/bevande da NON assumere):

Eventuali ulteriori indicazioni a carattere precauzionale:

Eventualmente si allega la seguente documentazione sanitaria:

- _____

- _____

Firma di un genitore (o del soggetto esercente la potestà genitoriale)
