

**SCHEDA INFORMAZIONI SANITARIE ALUNNO**

Nome alunno:

Classe:

Nat_ il ____/____/____ a _____
Residente a _____ via _____ n _____ cap _____
telefono (famiglia) _____ cellulare (famiglia) _____

TESSERA SANITARIA: (fotocopia in allegato)

INTOLLERANZE ALIMENTARI : (allegare eventuale certificato medico)

elenco: \_\_\_\_\_

INTOLLERANZA A FARMACI: (allegare eventuale certificato medico)

elenco: \_\_\_\_\_

**NON E' AFFETTO DA NESSUNA INTOLLERANZA**

GRUPPO SANGUIGNO: \_\_\_\_\_

FARMACI ABITUALI (ES. tachipirina, nureflex, dicoflor, biochetasi) \_\_\_\_\_

Eventuale **DELEGA IN SEGRETERIA ALL'INSEGNANTE PER SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA** (es. Ventolin, antistaminici, altro ...)

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La scheda è stata compilata da \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore dell'alunno sopraindicato,  
consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Bracciano, \_\_\_\_\_

Firma del Genitore

\_\_\_\_\_