



Parrocchia s. Giorgio Martire - Fontanafredda
SCUOLA MATERNA "A.ZILLI"
NIDO INTEGRATO "MAMMA MARGHERITA"



INTOLLERANZE ALIMENTARI – SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/la Sottoscritto/a _____

Residente in _____

Via _____

In qualità di genitore tutore

del/della bambino/a _____

iscritto per l'anno scolastico _____ a:

- SCUOLA INFANZIA A.ZILLI
 NIDO INTEGRATO MAMMA MARGHERITA

❖ segnala che il bambino/la bambina ha le seguenti intolleranze o allergie alimentari:

certificato medico per intolleranza o allergia SI NO

❖ che il bambino/la bambina ha necessità di somministrazione di farmaci salvavita, in particolare per:

certificato e posologia medica per somministrazione di medicinali salvavita SI NO

Data _____

Firma leggibile _____

(Firma di autocertificazione ai sensi delle Leggi: 15/1968, 127/1997, 131/1998, DPR 445/2000)