Parrocchia s. Giorgio Martire - Fontanafredda
SCUOLA MATERNA "A. ZILLI"

Scuola Infanzia: "ANTO ZILLI" ***Cod. Meccanografico PN1A01900G***
Nidi d'infanzia "MAMMA MARGHERITA" e "PICCOLO SEME"
Sede operativa INFANZIA: Via Pastrengo n. 4, 33074 Fontanafredda (PN)
Sede operativa NIDI: Via Europa Unita, 10 – 33074 Fontanafredda (PN)
T. 0434-99165
C.F. 91009550939 e P. IVA N. 00621600931
Email: antozilli@icloud.com
Pec: azilli.scuolamaterna@legalmail.it

INTOLLERANZE ALIMENTARI e/o SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I - Il/la Sottoscritti - o/a _____ e _____

Residenti/e in _____

Via _____

In qualità di □ genitore/i □ tutore

del/della bambino/a _____

iscritto per l'anno scolastico _____ a:

- □ SCUOLA INFANZIA A.ZILLI
- □ NIDO MAMMA MARGHERITA
- □ NIDO PICCOLO SEME

❖ segnalano 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:

_____

_____

_____

e ne autorizza/no la somministrazione.

Certificato e posologia medica per somministrazione di medicinali salvavita □ SI □ NO

Data _____

Firma leggibile _____ Firma leggibile _____

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

**: In caso di unica firma Il/la sottoscritto/a dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art 316 e 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.