

Scheda informativa per Campi Scuola

Campo scuola dalal..... meta.....

Classesez.....plesso

Io sottoscritto.....

genitore dell'alunno....., in relazione al campo scuola indicato
cui parteciperà il proprio figlio ,

DICHIARO

codice fiscale alunno (utile ai fini sanitari)	
Allergie e/o intolleranze a farmaci	
Allergie e/o intolleranze alimentari	
Malattie ricorrenti	
Farmaci utilizzati normalmente	
Necessità di dieta alimentare diversificata	
Altre notizie utili in caso di necessità	
....	

I presenti dati hanno il solo scopo di gestire eventuali situazioni di emergenza con la massima sicurezza e verranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy.

Recapito/i telefonico/i.....

Nome e cognome del genitore

Il presente modulo compilato in ogni sua parte dovrà essere restituito al docente coordinatore di classe entro e non oltre il giorno 31 Marzo 2017

Firma del genitore

Data.....