

## Scheda informativa per Campi Scuola

Campo scuola dal .....al..... meta.....

Classe .....sez.....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.....