



All. A

### MODULO INFORMAZIONI SANITARIE

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome)

nella sua qualità di:  genitore  tutore  
 comunica che il bambino

\_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome)

attualmente iscritto alla classe \_\_\_\_\_

Soffre delle seguenti intolleranze alimentari (allegare certificato): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Necessita di seguire la seguente particolare dieta: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Soffre di malattie per le quali necessita di assunzione di farmaci durante il soggiorno:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sta usufruendo di supporti educativi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Si allegano prescrizioni mediche:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nella qualità di soggetto esercente la responsabilità genitoriale del minore, dichiara di aver preso atto dell'informativa allegate e di

acconsentire  non acconsentire

al trattamento dei dati personali cd. sensibili del minore.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_