

Modulo intolleranze/allergie/patologie croniche o rare medicine

I sottoscritti Sig.

e Sig.ra

genitori di, nata/o a, il....., residente
inVia.....

DICHIARANO

θ che il proprio/a figlio/a **non presenta** nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare e/o allergie e/o intolleranze di tipo diverso sa quella alimentare;**

θ che il proprio figlio/a NON E' affetto da **patologia cronica o rara** (es. epilessia, malattia autoimmune, **che necessita la somministrazione di farmaci** specifici sia come terapia continuativa sia in caso di attacco acuto;

θ che il proprio figlio **presenta** la/le seguente/i **allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i e/o allergie e/o intolleranze di tipo diverso sa quella alimentare;** (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

θ che il proprio figlio/a è affetto dalla seguente **patologia cronica o rara** (es. epilessia, malattia autoimmune, ecc.), **che necessita la somministrazione di farmaci** specifici sia come terapia continuativa sia in caso di attacco acuto : indicare in stampatello nello spazio sottostante la patologia, il tipo di medicinale e la posologia:.....

I sottoscritti genitori si impegnano a consegnare al responsabile della ASD Signor/signora.....o Al Signor/Signora..... delegata dal responsabile e incaricato della somministrazione dei farmaci in caso di necessità, copia documentazione medica attestante la patologia nonché le misure da assumere in caso di necessità, la posologia e la modalità di somministrazione di farmaci. I sottoscritti si impegnano altresì a provvedere alla fornitura dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi, sia per il trattamento quotidiano che per il trattamento in situazioni di emergenza.

Luogo.....,Data

Firma dei genitori

Recapiti telefonici per qualsiasi necessità

Papà-----

Mamma-----

Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA DEL GENITORE _____