



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 Unità, 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 – SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I - II/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 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 II/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.