



DELEGA AL RITIRO DA PERSONE DELEGATE:

Il sottoscritto: _____

nato/a a _____ prov _____

il _____ C.F. _____

DELEGA:

il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ prov _____

il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ prov _____

Al prelevamento del minore presso la struttura di attività

Firma del delegante _____

Firma delegati _____

Firma delegati _____

Allegata alla presente:

Copia documento d'identità del delegante e del/dei delegati

Terni, li _____



OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI

Il/La sottoscritt... _____

Genitore del minore _____

COMUNICA CHE IL MINORE:

non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;
 presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____ come
attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione

non è affett... da allergie a farmaci;
 presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente
dichiarazione;

Eventuali altre informazioni utili sul minore da segnalare: _____

_____, li _____

FIRMA DEI GENITORI _____