

## DICHIARAZIONI DEL GENITORE RISPETTO ALLA SALUTE DEL BAMBINO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, genitore di \_\_\_\_\_,

dichiaro che mio/a figlio/a ha le seguenti allergie/intolleranze alimentari, rispetto a cui allego la certificazione pediatrica:

---

---

Per questo chiedo al Micronido Alberoblu di **NON** dare a mio/a figlio/a i seguenti alimenti:

---

---

Dichiaro inoltre che le educatrici possono somministrare la dose di Tachipirina a mio/a figlio/a qualora la temperatura superi i 38° gradi.

Acconsento    SI    NO

Mi impegno ad avvisare le educatrici quando a mio/a figlio/a viene somministrato il vaccino.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Firma del papà \_\_\_\_\_    Firma della mamma \_\_\_\_\_

