



## DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto: .....

Genitore di: .....

DICHIARA Che il proprio figlio presenta

- Allergie ai seguenti farmaci :      °      .....

°      .....

°      .....

- Intolleranze a:      °      .....

°      .....

°      .....

°      .....

- Patologie in atto :  
.....

.....

- Terapie in corso  
.....

A QUESTA AUTOCERTIFICAZIONE DOVRÁ SEMPRE SEGUIRE UN CERTIFICATO  
MEDICO

Data

Firma dei genitori

.....

.....

.....