

DICHIARAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il /la Sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ via _____

_____ n° _____ cap _____ Prov. Di _____

DICHIARA

1. Che il proprio/a figlio/a presenta

ALLERGIE: ai farmaci SI NO

Se si quali _____

AGLI ALIMENTI : SI NO

Se si quali _____

ALLE SOSTANZE PRESENTI NELL'AMBIENTE SI NO

Se si quali _____

AD ALTRO :

PATOLOGIE IN ATTO

TERAPIE IN CORSO

2. Si impegna a segnalare alle educatrici dell'Asilo eventuali malattie, potenzialmente trasmissibili del bambino o di qualsiasi stretto contatto .
3. Comunica di essere reperibile ai seguenti numeri

PAPA'	MAMMA	NONNI

4. Acquisite le informazioni ai sensi dell art. 13 si conferisce il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 e Dlgs 196/03 (codice della Privacy) al trattamento dei propri dati personali ai fini delle attività correlate alla frequenza del proprio/a bambino/a al micro nido comunale .

Data_____

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

(art. 2 L. 4/1/'68 n. 15 - art. 3 D.P.R. 20/10'98 n. 403 - art. 47
D.P.R. 26/12/2000 n 445)

Il /la Sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ via _____
_____ n. _____ cap _____ Prov. Di _____

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n 445, attesta infine, sotto la propria responsabilità, che quanto dichiarato corrisponde al vero.

DICHIARA

CHE al/alla figlio/o _____ sono state somministrate le seguenti vaccinazioni in data:

ANTIPOLIMELITICA _____

ANTIDIFTERITICA _____

ANTITETANICA _____

ANTIEPATITE B _____

ANTIMORBILLO - PAROTITE - ROSOLIA _____

ANTIHAEMOPHILIS INFLUENZALE _____

ANTIMENIGOCCOCINA _____

ALTRE _____

1. Acquisite le informazioni ai sensi dell art. 13 si conferisce il proprio consenso ai sensi dell'art. 23 e Dlgs 196/03 (codice della Privacy) al trattamento dei propri dati personali ai fini delle attività correlate alla frequenza del proprio/a bambino/a al micro nido comunale .

Data _____

Firma

**LIBERATORIA PER LA DOCUMENTAZIONE VIDEO - FOTOGRAFICA
DELLE ATTIVITA' DEL MICRO
NIDO COMUNALE ANNO 2021/2022**

Il /la Sottoscritto/a

(NOME E COGNOME DEL GENITORE) _____

nato/a _____ il _____ residente a _____
via _____ _cap_____ Prov.

n.

_____Di_____

In qualità di tutore/tutrice legale del/della minorenne :

(NOME E COGNOME DEL MINORE) _____

nato/a _____ il _____ residentea _____
via _____ _cap_____ Prov.

n.

AUTORIZZO

La coordinatrice e le educatrici del Micro Nido Comunale ad effettuare ed utilizzare le
riprese video -
fotografiche per pubblicazioni, montaggi, video e per eventuali spazi espositivi fuori e
dentro la scuola

Data _____

In fede

(firma del tutore legale)

SPETT/

LE EDUCATRICI DEL MICRO
NIDO COMUNALE

ANNO

2020/2021

DELEGA MICRO NIDO COMUNALE "COME D'INCANTO" ANNO 2021/2022

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ e residente a _____

_____ genitore responsabile di _____

DELEGO

1) IL/LA sig./sig.ra _____ nato/a _____
a _____ Il _____ e _____ residente
a _____ Documento _____
a prelevare il bambino/a _____
_____ presso il micro nido comunale "Come
d'Incanto" via E. De
Nicola;

2) IL/LA sig./sig.ra _____ nato/a _____
Il _____ e residente a _____
Documento _____ a prelevare il bambino/a _____
_____ presso il micro nido comunale "Come
d'Incanto" via E. De
Nicola;

3) IL/LA sig./sig.ra _____ nato/a _____
Il _____ e residente a _____
Documento _____ a prelevare il bambino/a _____
_____ presso il micro nido comunale "Come
d'Incanto" via E. De
Nicola;

Data _____

In fede
