

AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE

Noi sottoscritti.....
 genitori di.....nato/a.....
 il

DICHIARIAMO CHE NOSTRO/A FIGLIO/A

- Ha mai avuto problemi di accrescimento sì no
 Se sì,
 specificare.....

- Ha mai avuto eventi patologici di particolare importanza sì no
 Se sì,
 specificare.....

- Ha mai avuto malattie infettive sì no
 Se sì,
 specificare.....

- Presenta intolleranze/allergie sì no
 Se sì,
 specificare.....

- Necessita di farmaci salvavita sì no
 Se sì,
 specificare.....

Attualmente il/la bambino/a è in buona salute e non presenta sintomi di malattie trasmissibili ed è pertanto idoneo/a alla frequenza del Nido.

Data

Firme dei genitori

.....

.....

.....