# 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**

1. Si impegna a segnalare alle educatrici dell’Asilo eventuali malattie, potenzialmente trasmissibili del

bambino o di qualsiasi stretto contatto .

1. Comunica di essere reperibile ai seguenti numeri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAPA’** | **MAMMA** | **NONNI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

# 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**

**ANTIMENIGOCCOCCINA**

**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 2023/2024**

Il /la Sottoscritto/a

# (NOME E COGNOME DEL GENITORE)\_

nato/a il residente a

via n.

\_Di

\_cap Prov.

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

(**NOME E COGNOME DEL MINORE** )

nato/a il \_ residente a

via n.

\_cap Prov.

# 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 2023/2024**

**DELEGA MICRO NIDO COMUNALE “COME D’INCANTO” ANNO 2023/2024**

**Io sottoscritto/a nato/a**

**Il e residente a genitore responsabile di**

**DELEGO**

# 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;**

1. **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;**

1. **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