



### AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

dichiara che mio figlio/a \_\_\_\_\_

è in stato di buona salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte durante il centro/campo estivo (escursioni a piedi, giochi natura, laboratori creativi e manuali)

### SEGNALAZIONI VARIE

#### Allergie o intolleranze alimentari

---

---

---

---

#### Medicinali/cure

---

---

---

---

Dichiaro altresì che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo D.A.F.N.E. soc. coop. da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

Data \_\_\_\_\_

Firma genitore: \_\_\_\_\_