

PROT. N°

SOMMA VESUVIANA,li

Viaggio di istruzione/Campo Scuola di \_\_\_\_\_

**TESSERA SANITARIA**

Numero Tessera Sanitaria .....

Alunna/o .....

nata/o ..... il .....

frequentante la classe ..... Sez..... nell'a.s. ....

potrebbe soffrire delle seguenti **patologie**:

1).....

3).....

2).....

4).....

Comunico, inoltre, le seguenti **intolleranze alimentari**: 1).....

3).....

2).....

4).....

**Farmaci consigliati:**

1).....

3).....

2).....

4).....

**I docenti non possono assolutamente somministrare farmaci**

Telefono di casa .....

Cellulare di mamma o papà .....

Cellulare dell'alunno .....

**I dati della presente tessera sanitaria sono coperti da assoluta riservatezza**

(Privacy 196/2003)

Il genitore