

ALUNNO/A

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE PER LA TUTELA SANITARIA E  
LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Genitori dell'alunno/a indicato/a,

comunicano che il proprio figlio è in stato di buona salute, non è affetto da patologia, menomazioni funzionali, non deve far uso di farmaci che possano determinare maggior rischio d'infortunio o crisi improvvise per cui si renda necessario un intervento di primo soccorso specifico nel corso della sua attività scolastica.

Si impegnano a segnalare tempestivamente alla presidenza l'esistenza o l'insorgenza futura (durante il corso di studi) di tali condizioni di rischio.

Autorizzano la presidenza ad informare in via strettamente privata con garanzia della massima riservatezza solo gli insegnanti di educazione fisica e quelli che potranno accompagnare l'allievo/a nelle gite e/o uscite scolastiche.

Firma dei genitori \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(art. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

**Scuola Secondaria di Primo Grado frequentata nell'anno scolastico 20    /20    :**

\_\_\_\_\_

Votazione conseguita al termine dell'Esame di Licenza Media:

\_\_\_\_\_ / 10 ( \_\_\_\_\_ / decimi )

Firma dei genitori \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_