

Parrocchia San Biagio Rivoltella
INFORMAZIONI PARTICOLARI RELATIVE A
NOME E COGNOME SCRITTO IN STAMPATELLO

.....
(è consigliabile consegnare queste notizie in busta chiusa o in maniera riservata)

Segnaliamo al Responsabile dell'attività le seguenti informazioni particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a, specificando eventuali necessità:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Disabilità | |
| <input type="checkbox"/> Autismo | |
| <input type="checkbox"/> ADHD Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività | |
| <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo | |
| <input type="checkbox"/> Altro (anche situazioni non certificate ma utili per relazionarsi al meglio con il minore). | |

Specificazioni e necessità (medicinali da assumere, attenzioni da avere, consigli):

Segnalo le seguenti ALLERGIE:

Informativa relativa alla tutela della riservatezza in relazione ai dati personali raccolti per le attività educative

Dichiariamo di aver letto e compreso l'Informativa circa l'utilizzo dei dati e prestiamo il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute da noi forniti riguardanti nostro/a figlio/a.

Luogo e data,

Firma Padre

Firma Madre

DA COMPILARE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori o comunque in osservanza di quanto eventualmente previsto in merito da provvedimenti giudiziari.

Luogo e data,

Firma di un genitore