|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\UTENTE3\AppData\Local\Temp\WLMDSS.tmp\WLM91A8.tmp\logo scuola.jpg | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE** **“A. OLIVIERI”**  Via Confalonieri, 9 – 61121 Pesaro – Tel. 0721/415741 – Fax 0721/417315  Cod. fisc. 80005610417 – Cod. mecc. PSIC82100C  E.mail: [PSIC82100C@istruzione.it](mailto:PSIC82100C@istruzione.it) Posta cert: [PSIC82100C@pec.istruzione.it](mailto:PSIC82100C@pec.istruzione.it)  [www.icolivieripesaro.gov.it](http://WWW.ICOLIVIERIPESARO.GOV.IT) | http://www.coordinamentocare.org/public/images/ministero_istruzione.jpg |

#### OGGETTO :Progetto « Settimana Azzurra 2019 »

#### 

**PATOLOGIE PARTICOLARI**

Il/la sottoscritto/a…………………………………………………………………………………………………………genitore dell’alunno/a………………………………………………………………………………………………………..classe…………….

**DICHIARA** che suo/a figlio/a

-**potrebbe incorrere in disturbi di vario tipo riferibili alla salute (in situazioni simili) SI NO**

**- soffre di patologie alimentarie/o ambientali che si potrebbero verificare**

**durante il soggiorno SI NO**

**-indicare eventuali allergie, intolleranze alimentari, vegetariano/a, vegano/a**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**-ha bisogno di cure durante il soggiorno SI NO**

(apporre una croce sul SI o sul NO)

In caso di risposta affermativa (SI) Ii genitori sono tenuti ad informare il docente responsabile del progetto “Settimana Azzurra” Prof. Patrignani in una delle seguenti forme:

* Verbalmente nell’incontro con i genitori previsto per venerdi 30 agosto 2019 alle ore 18.30 in via Confalonieri n. 9 (per i casi di scarsa rilevanza)
* Per iscritto con documentazione in busta chiusa da far pervenire entro il 30/08/2019 alla Prof Patrignani ; ( per i casi importanti le istruzioni del medico e/o dei famigliari interessati devono essere chiare, precise e dettagliate)

Si autorizza l’utilizzazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03 e successive modificazioni

Firma

………………………………………….