

I SOTTOSCRITTI .....

GENITORI DI .....

FREQUENTANTE LA CLASSE ..... SEZ.....

DICHIARANO CHE IL FIGLIO/A SOFFRE DI

.....

PERTANTO E' AUTORIZZATO A PRENDERE I SEGUENTI MEDICINALI  
CON LA SEGUENTE POSOLOGIA:

(che porterà con sé per tutta la durata del viaggio d'istruzione)

.....

.....

.....

ALLA PRESENTE SI ALLEGANO FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA E  
CERTIFICATO MEDICO OVE NECESSARIO.

I NOSTRI RECAPITI TELEFONICI:

.....

.....

.....

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: \_\_\_\_\_