

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell'I.I.S. Mandralisca**

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) e residente a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Dichiaro che mio figlio/a \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

è in stato di buona salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte durante il  
viaggio di Istruzione a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ (escursioni a piedi, attività varie)

**SEGNALAZIONI VARIE**

Allergie o intolleranze alimentari da segnalare agli accompagnatori, agli alberghi e  
airistoranti

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicinali a cui si è allergici \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicinali o cure da effettuare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro altresì che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo l'organizzazione da  
responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel  
presente modulo.

Alla presente si allega **Certificazione Medica** attestante la patologia e/o eventuali farmaci da  
assumere.

Data \_\_\_\_\_ Firma genitore: \_\_\_\_\_

Avvertenze: la Scuola si riserva di escludere gli allievi con gravi patologie, ancorchè non  
dichiarate, in quanto i docenti accompagnatori non hanno alcun obbligo della  
somministrazione di farmaci o dell'applicazione di trattamenti terapeutici.