



## AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, in qualità di:  padre  madre  tutore

del/della bambino/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che il suddetto minore gode di buona salute ed è in grado di svolgere le attività previste dal Progetto Educativo denominato “*Gaia, la libera scuola di Gigliopoli*”.

=====

### SEGNALAZIONI VARIE:

Allergie e/o intolleranze alimentari:

Medicinali e/o cure:

DICHIARA che quanto sopra corrisponde al vero e solleva lo staff di *Gaia* e dell'Associazione Il Giglio da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute ma non dichiarate nel presente modulo.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*firma*

(Allegare copia del documento di riconoscimento di chi firma)