



"Scuola Primaria Paritaria Piccolo Uomo"

Via Nomentana 1356/58, 00137, Roma

Tel./fax. 0641 400903

scuolapiccolouomo@yahoo.it – www.scuolapiccolouomo.com



Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,

genitore dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____

AUTORIZZO

Mio/a figlio/a a partecipare al campo scuola presso _____
dal giorno _____ al il giorno _____.

Autorizzo il trasporto in pullman e/o in traghetto e/o treno.

Dichiaro di essere a conoscenza dell'itinerario di viaggio e delle escursioni in programma.

Autorizzo gli insegnanti accompagnatori a somministrare eventuali medicinali necessari
(o indicati: allegare FARMACO, terapia e posologia) in caso di emergenza.

Comunico le seguenti allergie o terapie (indicare anche eventuale farmaco per febbre):

*Nb. Per la febbre la scuola somministrerà tachipirina o nurofen su indicazione specifica del genitore
Altri medicinali andranno consegnati direttamente alla maestra referente entro e non oltre il giorno
PRIMA della partenza.*

NB: Allego i certificati di vaccinazione e fotocopia della tessera sanitaria.

NUMERI TELEFONICI UTILI :

CASA: _____ CELLULARI _____

CELLULARI: _____ ALTRO (specificare) _____

Altro _____

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Roma __/__/____

Firme
(entrambi i genitori)
