

**SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA
S. GIOVANNI BATTISTA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLO STATO DI FAMIGLIA

I Sottoscritti _____ e _____

Genitori di _____
cognome nome

DICHIARANO

che il proprio nucleo familiare è composto dalle persone qui di seguito elencate:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Luogo di nascita	Data di nascita	Cittadinanza	Residenza in Italia dal

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO VACCINALE

I Sottoscritto/i _____ e _____

Genitore di _____
cognome nome

DICHIARANO CHE

- consegna/no n. ____ certificati delle vaccinazioni e rivaccinazioni obbligatorie del/della proprio/a bambino/a
- il/la proprio/a figlio/a **è stato/a** sottoposto/a alle vaccinazione e rivaccinazioni obbligatorie (Leggi 127/97 - 131/98)

inoltre il/i genitore/i

- dichiara/no che il bambino/a soffre delle seguenti patologie, come risulta da certificato medico per le quali occorre effettuare quanto indicato nel medesimo:

- dichiara/no che il bambino/a è allergico ai seguenti medicinali e/o alimenti, come risulta da certificato medico per le quali occorre effettuare quanto indicato nel medesimo:

I Sottoscritti dichiarano di essere a conoscenza, ai sensi del DPR 445:2000, delle sanzioni penali cui possono andare incontro in caso di false dichiarazioni.

Data _____

Firma _____

Firma _____