



AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELLA/DEL PROPRIA/O FIGLIA/O

I sottoscritti _____
nome e cognome di mamma a papà

genitori di (o titolari della responsabilità genitoriale) _____
nome e cognome della/del bambina/o

consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero

dichiarano di aver consultato il pediatra per il seguente sintomo/i _____

Nome e Cognome del Pediatra _____

che dichiara quanto segue _____

Luogo e data _____

Firma di entrambi i genitori

