



## AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

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

A \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

### DICHIARA CHE

Dichiara che mio figlio/a _____							
Risulta essere in stato di buona salute ed è in grado di svolgere le attività proposte durante il periodo di frequentazione del campo estivo (attività ricreative e manuali, escursioni a piedi, giochi all'aperto, attività sportiva)							
							SI o NO
SEGNALAZIONI							
Allergie _____							
(allegare certificazione)							
Intolleranze alimentari _____							

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo il **l'ASD KTZ KARATE-TEAM**, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE/O TUTORE DEL MINORE \_\_\_\_\_