

Associazione Sportiva Dilettantistica  
**SENIGALLIA TENNIS CLUB**  
**...tennis per passione...**  
via Cellini 13, 60019, Senigallia, An.  
tel. 3345465914, p.i. 02483410425

## INFORMAZIONI SANITARIE

Senigallia,  
...../...../.....

Oggetto: dichiarazione

Io sottoscritto (genitore) .....cod. fiscale n° .....

### DICHIARO

apponendo la crocetta sulla voce sottostante interessata

che mio figlio/a .....nato/a il .....

a) **non** è affetto da allergie di alcun genere

b) è affetto da allergie (indicare il tipo) .....

c) che negli ultimi 15 giorni ha goduto di buona salute

d) negli ultimi 15 giorni è stato/a affetto/a da (indicare la malattia).....

Il genitore si assume la responsabilità di quanto dichiarato.

(scrivere il nome e cognome in stampatello, poi firmare. Grazie)

firma del padre

firma della madre