

**Dichiarazione di rinuncia da parte dei genitori
all'attenzione del medico scolastico**

Si attesta con la presente che intendiamo rinunciare a sottoporre alla **visita medica scolastica**

Nome e cognome del bambino

Cognome

Nome

Data di nascita

Classe

Istituto scolastico

Cognome e nome dei genitori/tutori legali

Cognome

Nome

Indirizzo

Cognome

Nome

Indirizzo

Luogo e data.....

.....

Firma dei genitori/tutori legali