

INFORMAZIONI PERSONALI E SCHEDA MEDICA

(Ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 - GDPR i dati verranno trattati a norma di legge)

Io sottoscritto/a.....

genitore di

COGNOME _____ NOME _____

Nato il ____/____/____ a _____ Residente a _____

in Via/C.so/P.zza _____ n° _____

Nome/Cognome del Medico Curante _____

comunico le seguenti informazioni sanitarie in relazione a mio/a figlio/a

MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE

Morbillo SI NO NON SO

Parotite SI NO NON SO

Pertosse SI NO NON SO

Rosolia SI NO NON SO

Varicella SI NO NON SO

Vaccinazioni obbligatorie (anti-poliomielitica; anti-difterica; anti-tetanica; anti-epatite B; anti-pertosse; anti-Haemophilus influenzae tipo b; anti-morbillo; anti-rosolia) SI NO oppure indicare quelle eseguite _____

Altro _____

MALATTIE IN ATTO O SITUAZIONE DI RILEVANZA CLINICA (Cardiopatie, Enuresi diurna o notturna, Epilessia, Diabete, Celiachia, Crisi acetoneemiche, Asma Bronchiale...)

ALLERGIE (SPECIFICARE):

Farmaci _____

Alimenti _____

Pollini _____

Polveri _____

Muffe _____

Punture di insetti _____

TERAPIE IN CORSO

Sono in corso delle terapie? SI NO

Il/La ragazzo/a è capace di gestirle autonomamente? SI NO

Specificare tipo e posologie

IN CASO DI	FARMACO	DOSE

Se ci fosse la necessità mi impegno a fornire ai responsabili del soggiorno la terapia medica rilasciata dal medico curante, completa di nome/i del/i medicinali, modalità ed orario di somministrazione, posologia, contestualmente autorizzando i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali eventualmente indicati, e da me forniti alla partenza.

Mi impegno inoltre a segnalare eventuali non idoneità a svolgere determinate attività sportive. Nel caso insorgessero delle malattie trasmissibili o altre condizioni che sono controindicate all'ammissione alla convivenza in collettività mi impegno a non mandare mio/a figlio/a all'attività e/o soggiorno.

INFORMAZIONI ALIMENTARI

INTOLLERANZE	SOSTITUIRE CON

Altre esigenze di dieta

Confermo di autorizzare i responsabili dell'attività educativa a rivolgersi alle strutture sanitarie preposte e disponibili in loco in caso di grave emergenza sanitaria del minore, tale da non consentire l'informativa immediata della famiglia, e mi rimetto, finché assente, alle decisioni dei responsabili dell'attività.

Luogo e data _____

Firma _____