

Scheda Informativa Sanitaria- Autocertificazione

Nome	Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita
Residenza	Recapito telefonico
Altro recapito tel.	Email

Io sottoscritto/a _____ genitore del minore sopra indicato (barrare), dichiaro sotto la mia responsabilità che le informazioni da me fornite nella presente scheda sono veritiere, e mi impegno a informare tempestivamente gli organizzatori di qualunque variazione che dovesse subentrare prima della partenza.

Data ___/___/___ **Accetto e confermo** il contenuto della presente Scheda SI NO

Il soggetto su indicato:

È affetto da particolari patologie croniche: Asma bronchiale Celiachia Cardiopatie
 Diabete Epilessia

Altro _____

Caratteristiche da segnalare: Enuresi notturna Acetonemia Insonnia Sonnambulismo
 Tendenza alla stipsi Tendenza alla colite

Altro _____

È portatore di: Occhiali/Lenti a contatto Apparecchio ortodontico Apparecchi acustici
 Scarpe ortopediche

Altro _____

È allergico a medicinali? SI NO

Se SI, elencare quali _____

Soffre di altre allergie? SI NO

Se SI, elencare quali _____

Terapia con medicinali da assumere durante il camp SI NO (allegare dettagli)

Se SI, sarà **INDISPENSABILE** fornire al minore, durante il Camp:

- Copia del piano terapeutico: prescrizione e posologia sottoscritte dal medico curante
- I farmaci necessari, in quantità sufficiente per tutta la durata del campo, in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo.
- In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.

Qualora successivamente ad oggi dovesse subentrare per il minore la necessità di seguire una terapia medica da effettuarsi durante il campo stesso, il genitore si impegna ad informare gli organizzatori prima della partenza e a fornire quanto suindicato.

Altro Vi preghiamo di fornire tutte le informazioni utili sul minore (carattere, attitudini, ecc.) per gestirne al meglio il rapporto e la qualità della vita di relazione dei ragazzi nell'ambito dell'esperienza di vita di gruppo. In particolare sono utili per il nostro staff le informazioni legate alle caratteristiche psicologico-comportamentali di rilievo.

Autorizzo espressamente il personale del campo a somministrare, solo in caso di necessità, i seguenti farmaci di automedicazione, di cui conosco le caratteristiche e di cui dichiaro la piena tollerabilità su mio figlio/a senza alcun effetto collaterale a me noto:

Paracetamolo (es. Tachipirina) Probiotici (es. Enterogermina) Granulati per vomito e nausea (es. Biochetasi) Pomate e creme per punture/scottature/dermatiti (es. Foille, Fenistil, Fargan) Pomate e creme per traumi (es. Arnigel)

Dichiaro inoltre che il partecipante non presenta manifestazioni da pediculosi (pidocchi); non presenta sintomi di malattie trasmissibili; non proviene da zone con manifestazioni epidemiche in atto; non si verifica convivenza con persone affette da malattie trasmissibili, tali da far ritenere che la convivenza stessa costituisca controindicazione all'ammissione in collettività.

Data ____/____/____

FIRMA _____