

INTER SUMMER CAMP

SCHEDA SANITARIA

da compilarsi in autocertificazione nei 10 giorni precedenti l'inizio del Camp e consegnare al Camp

COGNOME _____

NOME _____

Nato/a a _____ il _____

residente _____

in Via _____ CAP _____

n° tel _____ cell _____

Si prega di indicare le Malattie pregresse

	Sì	No
Morbillo		
Varicella		
Rosolia		
Parotite		
Pertosse		
Scarlattina		
Mani-Bocca-Piedi		
V-VI Malattia		
Mononucleosi		

Vaccinazioni	Barrare Sì - No		Data ultimo richiamo
	Sì	No	
Difterite – Tetano - Pertosse			
Poliomelite			
Epatite B			
Emofilo B (HIB)			
Morbillo – Parotite – Rosolia			
Pneumococco			
Varicella			

Si prega di segnalare eventuali allergie	Specificare reazione allergica
Farmaci	
Muffe	
Veleno Insetti	
Pollini	
Alimenti	
Altro	

Patologie in atto: _____

In caso di bisogno segnalare i farmaci comunemente somministrati _____

Terapie in corso che intende proseguire in soggiorno, specificarne tipo e posologia: _____

Dieta speciale per intolleranze alimentari: _____

Barrare se il partecipante è portatore di:

Barrare se il partecipante è portatore di: Apparecchio ortodontico SI NO Apparecchi acustici SI NO Occhiali SI NO

DA CONSEGNARE AL CAMP:

* Il Certificato medico sportivo per l'idoneità alla pratica non agonistica rilasciato dal Medico Curante agonistica oppure

* Il Certificato medico per l'idoneità alla pratica sportiva

Si dichiara che il minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità tali da precludere l'ammissione dello stesso in comunità.

Data _____ Firma del genitore esercente la responsabilità genitoriale _____