SCHEDA PERSONALE CON AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il presente documento, in rispetto della riservatezza personale, sarà a disposizione solo dei responsabili adulti del Campo.

Cognome _____ Nome _____

Classe _____ Nato/a il _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

Telefono e recapito della famiglia nel periodo del campo _____

Tessera sanitaria n° _____ (DI CUI ALLEGO FOTOCOPIA)

Ho subito iniezioni di siero (antiofidico, antistaminico)? Se sì, quali? _____

Devo seguire delle limitazioni nella dieta? Se sì, quali? _____

Ho allergie importanti ad:

1. Alimenti _____

2. Medicine _____

3. Acari, pollini, ecc. _____

Soffro d'asma SÌ () NO ()

Ho febbri ricorrenti

SÌ () NO ()

Soffro di eczema SÌ () NO ()

Ho avuto reazioni importanti a punture d'insetti SÌ () NO ()

Devo assumere in questi casi le seguenti medicine _____

Ho difficoltà a sopportare l'aspirina SI () NO ()

Ho facilità al vomito SÌ () NO ()

Soffro di vertigini

SÌ () NO ()

Soffro di sonnambulismo SÌ () NO ()

Devo essere prudente nelle attività motorie per recenti traumi alle articolazioni

SÌ () NO ()

Ho avuto in passato emorragie abbondanti e/o ripetute SÌ () NO ()

Di naso

SÌ () NO ()

Eccessiva perdita di sangue da ferite

SÌ () NO ()

Nei 15 giorni precedenti ho contratto malattie infettive

SÌ () NO ()

Nei 15 giorni precedenti un mio familiare ha contratto malattie infettive

SÌ () NO ()

Quali _____

Io _____ genitore di _____

dichiaro sotto la mia personale responsabilità, che nelle ultime settimane, precedenti il campo, mio/a figlio/a o altri familiari non sono stati affetti da malattie esantematiche (morbillo, ecc.) né da altre forme infettive (streptococco, gastroenteriti, influenza...).

Io, partecipante maggiorenne _____

dichiaro sotto la mia personale responsabilità, che nelle ultime settimane, precedenti il campo, io o altri miei familiari non sono stati affetti da malattie esantematiche (morbillo, ecc.) né da altre forme infettive (streptococco, gastroenteriti, influenza...).

Firma _____