

Mi avvalgo della facoltà di autocertificazione (ai sensi delle leggi 127/97 - 191/98 - 403/98), dichiaro, sotto la mia responsabilità, che le notizie riportate in questa scheda corrispondono alla situazione medio-sanitaria attuale di mio/a figlio/a.



SCHEDA MEDICA PERSONALE

Data

Firma di uno dei genitori/ tutori / affidatari

Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

Data

Firma di uno dei genitori/ tutori / affidatari

Cognome _____

Nome _____

Sesso (M) (F)

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ provincia

in via _____ n° _____

Recapito telefonico _____

Codice fiscale _____

USL di appartenenza _____

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

(in alternativa leggere in ultima pagina)

Gruppo sanguigno e fattore Rh _____

È vaccinato/a per :

Difterite [Si] [No]

Tetano [Si] [No]

Epatite A [Si] [No]

Epatite B [Si] [No]

Altro: _____ [Si] [No]

Altro: _____ [Si] [No]

- 1) *In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria;*
- 2) *Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai Capi i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e Cognome dell'EG, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco.*
- 3) *Allegare infine fotocopia del codice fiscale.*

Soffre di malattie metaboliche? [Si] [No]

Descrivere _____

Soffre di malattie cardiache? [Si] [No]

Descrivere _____

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? [Si] [No]

Descrivere _____

Soffre di disturbi all'apparato digerente? [Si] [No]

Descrivere _____

Soffre di malattie croniche di altro tipo? [Si] [No]

Descrivere _____

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra?

Soffre di allergie? [Si] [No]

Di che tipo? _____

A farmaci, quali? (elencare le molecole) _____

A pollini, quali? _____

Ad alimenti, quali? _____

Deve praticare particolari diete alimentari? [Si] [No]

Descrivere _____

Dovrà assumere farmaci? [Si] [No]

Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia) _

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria

Medico curante: _____ Recapiti tel. _____

***TIMBRO e FIRMA del medico
curante***

Reperibilità dei familiari durante il Campo

Tel. _____ Cell. _____