SCHEDA MEDICA E DICHIARAZIONE DI STATO DI SALUTE

Il sottoscritto _____

nato il_____a_____(_____)

residente a_____in Via_____n.

DICHIARA

gruppo sanguigno_____N° Tessera Sanitaria (allega fotocopia), partecipante al campo scuola/week-end _____

dal_____al _____ presso ❑ Casa F. Gesù (Tonezza) ❑ S. Maria ad Nives (Penia)

❑ Altro luogo_____

In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti riempirelo spazio delle Note per specificare meglio il problema.

Ha avuto manifestazioni allergiche: ❑ NO ❑ SI (specificare)
❑ a medicinali ❑ alimentari ❑ a punture d'insetto ❑ altro

_____

Ha presentato sintomi di allergie in occasione di profilassi con sieri (Antitetanico, antiofidico, ecc) ❑ NO ❑ SI (specificare che sintomo, che tipo di siero)

_____

❑ Ha delle limitazioni nell'alimentazione (diete particolari). Specificare:

_____

❑ Attualmente soffre di malattie/patologie particolari o croniche. Specificare:

_____

❑ In passato ha avuto le seguenti malattie / infortuni:

_____

❑ Deve assumere **<u>autonomamente</u>** dei farmaci alla posologia sotto indicata:

_____

❑ Chiede di prestare le seguenti attenzioni:

_____

Si allega documentazione sanitaria ritenuta utile.

Informativa legge della "privacy" e consenso al trattamento dei dati. La informiamo, ai sensi del GDPR n.2019/679 ed in particolare degli art. 7 e 13, che i dati saranno utilizzati, in caso di necessità, unicamente durante il campo scuola e al termine saranno distrutti. Per consenso,

Data_____ Firma _____