

SCHEDA MEDICA E DICHIARAZIONE DI STATO DI SALUTE

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____ (_____)
residente a _____ in Via _____ n. _____
esercitante la potestà sul minore _____

DICHIARA

che il/la minore succitato/a, 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 riempire
lo 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 **autonomamente** dei farmaci alla posologia sotto indicata:

☐ Chiede di prestare le seguenti attenzioni:

Si allega documentazione sanitaria ritenuta utile.

Consapevole che saranno prese tutte le precauzioni, consente che il/la minore prenda
parte a tutte le attività previste durante il campo scuola.

Data _____

Firma _____

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 _____