

AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute per la partecipazione a colonie, corsi estivi, ...

Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del personale sanitario ed educativo della colonia/corso.

Fotocopie da allegare: libretto delle vaccinazioni e tessera della cassa malati.

Colonia/corso che si svolgerà a **Faido**

dal **27.11.2015** al **29.11.2015**

organizzato da **Brigata Scout La Fenice**

Cognome del/la partecipante

Nome del/la partecipante

Data di nascita Sesso femmina maschio

Domicilio Paternità

Assicurazione malattia e Infortuni

In caso di necessità/urgenza contattare:

Cognome e nome della persona da contattare

Telefono privato Telefono cellulare

Telefono lavoro

Medico curante del partecipante:

Cognome e nome Località

Telefono studio

SI NO Se sì, specificare

1. Allergie a medicinali

.....

2. Altre allergie o intolleranze (cibo, piante, animali)

.....

3. Asma o altri disturbi respiratori

4. Diabete

- | | SI | NO | Se sì, specificare |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 5. Epilessia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Disturbi del comportamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Porta occhiali o lenti a contatto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Porta apparecchi/protesi dentali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Segue una dieta speciale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

.....

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| 11. Ci sono attività fisiche che non può fare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|

.....

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 12. È vaccinato contro il tetano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|

p.f. unire fotocopia del certificato di vaccinazione

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 13. Assume dei farmaci? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--|

se sì, provvedere ad una scorta adeguata alla durata del soggiorno

Nome del farmaco	Dosaggio (es. 1 pastiglia al mattino)

- | | |
|---------------------------------------|-------|
| 14. Altre particolarità da segnalare? | |
|---------------------------------------|-------|

.....

.....

In fede.

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione.....

Firma

Luogo e data