

AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute per la partecipazione al campeggio estivo

Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del personale sanitario ed educativo del campo e sono da spedire a Ginevra Loli, Via al Dosso 15, 6807 Taverne entro sabato 1 luglio 2023.

Campo Scout che si svolgerà a Mathon
Dal 09.07.2023 al 22.07.2023
organizzato dalla Brigata Scout La Fenice

Cognome del/la partecipante
Nome del/la partecipante
Data di nascita Sesso femmina maschio
Domicilio Autorità parentale
Assicurazione malattia e infortuni
Numero di polizza dell'assicurazione malattia (inizia con 807 e ha 10 cifre)
.....

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 (cibo, piante, animali)
.....
3. Asma o altri disturbi respiratori

- | | SI | NO | Se sì, specificare |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 4. Diabete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 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. Sa nuotare? Specificare il livello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Necessità di un seggiolino in auto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. È vaccinato contro il tetano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. 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)

16. Altre particolarità da segnalare?

.....

Con la firma del presente certificato medico da parte dell'autorità parentale, i responsabili del campo sono autorizzati in caso di necessità a somministrare ai partecipanti medicinali senza obbligo di ricetta medica (es. antidolorifici, tenendo conto di eventuali allergie), a far visita a un pronto soccorso o a un medico.

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

Firma

Luogo e data