

# **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 consegnare a Silene al ritrovo di sabato 13 luglio.**

Campo Scout che si svolgerà a **Palagnedra**

Dal **13.07.2024** al **14.07.2024**

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   .....

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. Sa nuotare? <b>Specificare il livello</b>  | <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 .....