

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 ad Alice Piatti, Strada Regina 70, 6928 Manno entro mercoledì 3 luglio 2024.**

Campo Scout che si svolgerà a **Palegnadra**

Dal **7.07.2024** al **20.07.2024**

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? Specificare il livello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. È vaccinato contro il tetano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. 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)

15. 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