

PROGETTO AGOSTO INSIEME 2018 "SPORTPERTUTTI"

D.G.R. 12 dicembre 2014 n. X/2883

SCHEMA SANITARIA

COGNOME E NOME DEL MINORE:

.....

.

REGIONE A.S.L. di competenza

DISTRETTO

ALLERGIE (specificare il tipo)

- farmaci
- pollini
- polvere
- muffe
- alimenti
- veleno insetti
- altro (specificare)

PATOLOGIE IN ATTO

.....

.....

.....

TERAPIE IN CORSO

Specificare farmaci e posologia

.....
.....
.....

Se ne autorizza la somministrazione nelle dosi e tempi indicati:

- si
- no

DIETA SPECIALE

Specificare alimenti vietati:

.....
.....
.....

APPARECCHI PROTESI E/O ALTRI AUSILI

Specificare:

.....
.....

INFORMAZIONI UTILI

Segnalare qualunque informazione si ritenga utile relativa alle condizioni fisiche e psicologiche del minore al fine di un ottimale inserimento nel gruppo e una serena gestione del Centro Estivo:

.....
.....
.....

E' SOGGETTO/A A PARTICOLARI DISTURBI O MALESSERI ?

Specificare quali:

.....
.....
.....

NEL CASO IN CUI IL PARTECIPANTE SIA SOGGETTO A DISTURBI/MALESSERI COME SI INDICA DI INTERVENIRE ?

.....
.....
.....

Si autorizza all'intervento?

- si
 no

DICHIARAZIONE

Il/la minore non presenta sintomi né segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non proviene da zone con manifestazioni epidemiche in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a al Centro Estivo.
È di sana e robusta costituzione.

Luogo e Data

.....

Timbro e Firma Leggibile
del Medico Compilatore

.....

Per autorizzare quanto sopra
Firma del Genitore

.....

Per ricevuta

.....

le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalle vigenti normative relative alla tutela della privacy