

Campo Base per aiuto-educatori ACR Monteleco 15 - 20 giugno 2026 Scheda Sanitaria

La seguente scheda ha lo scopo di informare gli organizzatori riguardo eventuali disturbi del/della partecipante; inoltre raccoglie informazioni sanitarie utili a scopo preventivo e in caso di interventi di pronto soccorso.

Il sottoscritt _____

genitore di _____ nat il ___/___/___ a _____

residente a _____ in _____

dichiara, sotto la propria responsabilità, che il/la figli/a non presenta sintomi di malattie o infezioni trasmissibili tali da escludere la possibilità di vita comunitaria.

1. **ALLERGIE NOTE** (es.: ai farmaci; alle graminacee; a sostanze specifiche; etc.)

2. **MALATTIE INFETTIVE GIA' PASSATE**

MORBILLO

VARICELLA

ROSOLIA

PERTOSSE

PAROTITE

SCARLATTINA

ALTRO _____

3. **VACCINAZIONI ESEGUITE**

ANTIPOLIO

ANTIEPATITE

ANTIMORBILLO

ANTIDIFTERICA

ANTIROSOLIA

ANTIPERTOSSE

ANTITETANICA

ALTRO _____

4. **PATOLOGIA/E PRESENTE/I** (es.: diabete; epilessia; asma bronchiale; etc.)

4bis. **CURE IN CORSO PER LA/E PATOLOGIA/E**

NOME DEL FARMACO: _____

DOSE GIORNALIERA: _____ ORARI DI ASSUNZIONE: _____

5. DISTURBI RICORRENTI

CEFALEA

ERUZIONI CUTANEE

DISTURBI GASTRO-INTESTINALI

ALTRO _____

5bis. EVENTUALI TERAPIE AL BISOGNO

NOME DEL FARMACO: _____ DOSE: _____

NUM. TESSERA SANITARIA: _____

CODICE FISCALE: _____

MEDICO CURANTE

Nome _____ Tel. _____

RECAPITI TELEFONICI GENITORI DURANTE IL CAMPO

Tel. 1 _____ Tel. 2 _____

Inoltre autorizzo gli organizzatori del Campo Base ACR che saranno presenti, a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie urgenti (su indicazioni di medici qualificati), nel caso in cui non si riesca a contattarmi telefonicamente ai recapiti sopra riportati.

NOTE:

Si allega fotocopia della tessera sanitaria e del certificato vaccinale.

Data _____

In fede
