Campo Base per aiuto-educatori ACR
Monteleco 9 - 16 giugno 2024 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.

__l__ sottoscritt__ _____

genitore di _____nat__il ___/___/_____a _____

residente a _____in _____

dichiara, sotto la propria responsabilità, che __l__ figli__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: _____

Azione Cattolica
DIOCESI di GENOVA

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

_____