

AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute per la partecipazione al minicampo 2016

Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del personale sanitario ed educativo del campo.

Si prega di allegare la fotocopia del certificato di vaccinazione!

Minicampo che si svolgerà a **Rodi**
dal **02.12.2016** al **04.12.2016**
organizzato dalla **Brigata Scout La Fenice**

Cognome del/la partecipante

Nome del/la partecipante

Data di nascita Sesso femmina maschio

Domicilio Paternità

Assicurazione malattia e Infortuni.....

Numero di polizza dell'assicurazione malattia.....

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

In caso di urgenza autorizziamo gli animatori a prestare soccorso al partecipante tramite cure di prima necessità e/o visita presso un pronto soccorso o un medico.

SI NO

- | | SI | NO | Se sì, specificare |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 1. Allergie a medicinali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
..... |
| 2. Altre allergie (cibo, piante, animali) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
..... |
| 3. Asma o altri disturbi respiratori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Diabete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 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. È vaccinato contro il tetano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. 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)

14. Altre particolarità da segnalare?

.....

In fede,

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione

Firma Luogo e data