

AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute per la partecipazione alla settimana bianca

Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/representante legale del partecipante alla settimana bianca.

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

Corso che si svolgerà a Disentis
dal 1 al 6 gennaio 2019
organizzato dallo SCI CLUB ARBEDO-CASTIONE

Cognome del/la partecipante

Nome del/la partecipante

Data di nascita Sesso femmina maschio

Domicilio Paternità

Assicurazione malattia e Infortuni.....

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 | <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"/> | |

- | | 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?

.....

12. È vaccinato contro il tetano?

13. Assume dei farmaci?

se sì, provvedere ad una scorta adeguata alla durata del soggiorno

Nome del farmaco	Dosaggio (es. 1 pastiglia al mattino)

14. È autonomo nel prendere i farmaci?

.....

15. Altre particolarità da segnalare?

.....

.....

.....

Il presente certificato deve essere compilato e consegnato all'inizio della settimana bianca .

In fede.

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione.....

Firma

Luogo e data