

# **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 2024  
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 .....