

# **AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute per la partecipazione alla settimana bianca**

Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rapresentante 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  
Center Fontauna, via Alpsu 51, CH 7180 Disentis Mustér  
dal 1 al 6 gennaio 2025  
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 .....

Numero Carta .....

## **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 .....

- |   | SÌ                       | 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"/> | .....              |

- |  | SÌ                       | 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?                     | <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. 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 .....