

**SCHEDA PERSONALE
CON AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE**

▶▶▶▶ Da consegnare il primo giorno di campo ◀◀◀◀

Il presente documento, in rispetto della riservatezza personale, sarà a disposizione solo dei responsabili adulti del Campo.

Cognome _____ Nome _____

Classe _____ Nato il _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

Telefono e recapito della famiglia nel periodo del campo _____

Tessera sanitaria n° _____ (di cui allego fotocopia)

Ho subito iniezioni di siero (antiofidico, antistaminico)? Se sì, quali _____

Devo seguire delle limitazioni nella dieta? Se sì, quali _____

Ho allergie importanti ad:

1. Alimenti _____

2. Medicine _____

3. Acari, pollini, ecc. _____

Soffro d'asma SI () NO () Ho febbri ricorrenti SI () NO ()

Soffro di eczema SI () NO ()

Ho avuto reazioni importanti a punture d'insetti SI () NO ()

Devo assumere in questi casi le seguenti medicine _____

Ho difficoltà a sopportare l'aspirina SI () NO ()

Ho facilità al vomito SI () NO () Soffro di vertigini SI () NO ()

Soffro di sonnambulismo SI () NO () Ho svenimenti frequenti SI () NO ()

Anomalie particolari (crisi di panico, svenimenti, problemi intestinali...) SI () NO ()

Quali _____

Devo essere prudente nelle attività motorie per recenti traumi alle articolazioni SI () NO ()

Ho avuto in passato emorragie abbondanti e/o ripetute SI () NO () Di naso SI () NO ()

Eccessiva perdita di sangue da ferite SI () NO ()

Nei 15 giorni precedenti ho contratto malattie infettive SI () NO ()

Nei 15 giorni precedenti un mio familiare ha contratto malattie infettive SI () NO ()

Quali _____

Io _____ genitore di _____

dichiaro sotto la mia personale responsabilità, che negli ultimi quindici giorni precedenti il campo, mio/a figlio/a o altri familiari non sono stati affetti da malattie esantematiche (morbillo, ecc.) né da altre forme infettive (streptococco, gastroenteriti, influenza...).

(firma del genitore)