



AGRITURISMO LE PIAGGE

## CAMPI ESTIVI 2018

### Scheda Informativa Sanitaria - Autocertificazione

Nome Partecipante \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_

Settimana dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/titolare della patria potestà del minore sopra indicato, dichiaro sotto la mia responsabilità che le informazioni da me fornite nella presente scheda sono veritiere, e mi impegno a informare tempestivamente il personale della struttura "Le Piagge" di qualunque variazione che dovesse subentrare prima della partenza.

Data \_\_\_\_\_

Accetto e confermo il contenuto della presente Scheda • SI • NO

#### Il minore suindicato:

E' affetto da particolari patologie croniche: • Asma bronchiale • Celiachia  
• Cardiopatie • Diabete • Epilessia

Altro \_\_\_\_\_

Caratteristiche da segnalare: • Enuresi notturna/diurna • Acetonemia • Insonnia  
• Sonnambulismo • Tendenza alla stipsi • Tendenza alla colite

Altro \_\_\_\_\_

È portatore di: • Occhiali/Lenti a contatto • Apparecchio ortodontico acustici  
• Scarpe ortopediche • Altro \_\_\_\_\_

E' allergico a medicinali? • NO • SI

Se SI, elencare quali \_\_\_\_\_

Soffre di altre allergie? • NO • SI

Se SI, elencare quali \_\_\_\_\_

Terapia con medicinali da assumere durante il campo • NO • SI (allegare dettagli)

Se SI, sarà INDISPENSABILE fornire al minore, durante il campo:

Copia del piano terapeutico: prescrizione e posologia sottoscritte dal medico curante. I farmaci necessari, in quantità sufficiente per tutta la durata del campo, in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo.

In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria. Qualora successivamente ad oggi dovesse subentrare per il minore la necessità di seguire una terapia medica da effettuarsi durante il campo stesso, il genitore si impegna ad informare gli organizzatori prima della partenza e a fornire quanto suindicato.

**Altro** Vi preghiamo di fornire tutte le informazioni utili sul minore (carattere, attitudini, ecc.) per gestirne al meglio il rapporto e la qualità della vita di relazione dei ragazzi nell'ambito dell'esperienza di vita di gruppo. In particolare sono utili per i nostri staff le informazioni legate alle caratteristiche psicologico-comportamentali di rilievo.

Autorizzo espressamente il personale del campo a somministrare, solo in caso di necessità, i seguenti farmaci di automedicazione, di cui conosco le caratteristiche e di cui dichiaro la piena tollerabilità su mio figlio/a senza alcun effetto collaterale a me noto:

• Paracetamolo (es. Tachipirina) • Probiotici (es. Enterogermina) • Granulati per vomito e nausea (es. Biochetasi) • Pomate e creme per punture/scottature/dermatiti (es Foille, Fenistil, Fargan) • Pomate e creme per traumi (es. Arnigel)

*Dichiaro inoltre che il partecipante non presenta manifestazioni da pediculosi; non presenta sintomi di malattie trasmissibili; non proviene da zone con manifestazioni epidemiche in atto; non si verifica convivenza con persone affette da malattie trasmissibili, tali da far ritenere che la convivenza stessa costituisca controindicazione all'ammissione in collettività.*

*Firma del richiedente*

---