

Scheda Medica
da compilare a cura dei genitori o esercenti potestà genitoriale

Nome e Cognome del bambino

Tel casa Cell mamma Cell papà

1. Il bambino deve seguire norme dietetiche particolari? Se sì quali?

2. Fa uso abitudinario di farmaci? Quali? In quali dosaggi?

(N.B.: i responsabili del Centro Estivo non sono autorizzati a somministrare farmaci)

4. Presenta allergie o intolleranze a farmaci, alimenti o altro? Se sì specificare.

5. Può svolgere qualsiasi attività fisica e sportiva? Eventualmente specificare quali no.

6. Ha mai accusato qualcuno di questi disturbi?

Convulsioni	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Emorragie al naso	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Svenimenti	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Frequenti mal di testa	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Vomito	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Reazioni a punture d'insetti	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare)

Mi impegno ad informare tempestivamente i responsabili del gruppo per aggiornarli su ogni variazione che potrà essersi verificata rispetto a quanto dichiarato. **ALLEGRO (o consegnerò a mano) copia della Tessera Sanitaria e copia di Certificato Medico per attività sportiva non agonistica in corso di validità.**

La scheda medica viene consegnata, a cura dei genitori, direttamente ai responsabili del Centro Estivo e da questi custodita. Gli stessi responsabili, pur garantendo la massima riservatezza su quanto contenuto nella scheda, si riservano comunque eventualmente di consultare il medico curante o un medico di loro fiducia al fine di chiarire fattori di rischio al pieno svolgimento dell'attività programmata.

Data ___/___/___

Firma _____