

Autocertificazione dello stato di salute del bambino per l'entrata nella struttura di accoglienza

L'autocertificazione sullo stato di salute del bambino è richiesta all'entrata nella struttura di accoglienza e intende verificare se vi siano dei bisogni particolari del bambino legati alla salute e assicurare un'adeguata presa a carico qualora necessario. L'autocertificazione è a uso esclusivo del personale educativo. Può essere trasmesso al medico di riferimento della struttura di accoglienza.

L'autocertificazione deve essere compilata dal genitore o dal rappresentante legale del bambino. L'autocertificazione deve essere consegnata al più tardi entro una settimana dall'inizio della frequenza corredata degli eventuali allegati.

Dati anagrafici

Cognome del/la bambino/a

Nome del/la bambino/a

Data di nascita Sesso maschio femmina

Indirizzo

Domicilio

Assicurazione malattia e infortuni

Medico curante

Cognome e nome Località.....

Telefono studio

In caso di necessità e/o urgenza sanitaria contattare (in ordine di chiamata),

Cognome e nome

Telefono privato Telefono cellulare

Telefono lavoro

1. PRINCIPI GENERALI

Cognome e nome

Telefono privato..... Telefono cellulare

Telefono lavoro

Ev. annotazioni rispetto allo stato vaccinale

.....
.....
.....
.....

	SI	NO	Se sì, specificare
Allergie			
- farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cibo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- animali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ev. misure da attuare			

.....
.....
.....

Alimentazione			
- intolleranze alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- abitudini /cure specifiche legate all'alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
.....
.....

Asma e/o altri problemi respiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	-------

.....
.....
.....

1. PRINCIPI GENERALI

	SI	NO	Se sì, specificare
Abitudini/cure specifiche legate al sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
.....			
.....			

Abitudini/cure legate al controllo sfinterico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
.....			
.....			

Abitudini/cure specifiche legate al movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
.....			
.....			

Assunzione regolare di farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

se sì – compilare l'apposito formulario per la somministrazione di farmaci e allegarlo;
– provvedere a consegnare al personale un'adeguata quantità dei farmaci.

I farmaci devono essere contrassegnati in maniera chiara con le generalità del bambino, la posologia, la modalità di somministrazione.

Cure specifiche legate alla pelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
.....			
.....			

Altre particolarità da segnalare

.....

.....

.....

1. PRINCIPI GENERALI

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione

.....

Firma

Luogo e data

Qualora siano indicati aspetti sanitari particolari (es. malattie, farmaci da assumere regolarmente, medicazioni, ...), l'autocertificazione deve essere sottoscritta anche dal medico curante del bambino.

Firma e timbro del medico.....

Luogo e data

Parte riservata alla struttura di accoglienza

Cognome e nome della persona che riceve l'autocertificazione

.....

Firma

Data