

## AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute

### per la partecipazione a colonie, corsi estivi, attività extrascolastiche,...

Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale del partecipante alla colonia di vacanza/corso estivo.

Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del personale sanitario ed educativo della colonia.

Colonia/corso che si svolgerà a .....  
dal ..... al .....  
organizzato da .....

Cognome del/la partecipante .....  
Nome del/la partecipante .....  
Data di nascita ..... Sesso  femmina  maschio  
Domicilio ..... Paternità .....  
Assicurazione malattia e Infortuni (facoltativo) .....

#### 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 .....

	SI	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"/>	.....

- |  | SI                       | 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"/> |                    |
| p.f. unire fotocopia del certificato di vaccinazione               |                          |                          |                    |
| 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 nei **30 giorni** che precedono l'inizio del turno di colonia.

In fede.

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione .....

Firma .....

Luogo e data .....

