



CHE VACANZE RAGAZZI
TOUR OPERATOR

SCHEMA SANITARIA - SUMMER CAMP 2019

DATI PARTECIPANTE

NOME _____ COGNOME _____
Nato/a il _____ a _____
Residente _____ Indirizzo _____
N° _____ Telefono Abitazione _____

AUTOCERTIFICAZIONE

(Decreto legge 20/10/98 n°43)

Allegare fotocopia del tesserino vaccinazioni

- Antidifterica – Antitetanica (antipertossica) ;
- Antitetanica ;
- Antipoliomielitica Sabin ;
- Antiepatite B ;
- Vaccinazioni facoltative ;

NOTIZIE ANAMNESTICHE

Anamnesi familiare _____

Anamnesi personale _____

- | | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronchite ; | <input type="checkbox"/> Pertosse ; | <input type="checkbox"/> Reumatismi ; |
| <input type="checkbox"/> Morbillo ; | <input type="checkbox"/> Parotite ; | <input type="checkbox"/> Diabete ; |
| <input type="checkbox"/> Varicella ; | <input type="checkbox"/> Adenopatia ; | <input type="checkbox"/> Epilessia ; |
| <input type="checkbox"/> Rosolia ; | <input type="checkbox"/> Euresi ; | <input type="checkbox"/> Cardiopatia ; |
| <input type="checkbox"/> Scarlattina ; | <input type="checkbox"/> Asma bronchiale ; | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Ha subito iniezioni di Siero? _____

Quando? _____ Quali? _____

Può praticare attività sportive NON agonistiche? _____

NOTIZIE PER IL COORDINATORE DEL SOGGIORNO VACANZA

RECAPITI DEI GENITORI DURANTE IL SOGGIORNO

Telefono Abitazione _____
Telefono Ufficio Padre _____
Telefono Ufficio Madre _____ Cognome _____
Cellulare Padre _____
Cellulare Madre _____
Nonni / Altro _____

Pratica quale Sport? _____

E' inserito in qualche gruppo di attività? ____ Quale? _____

Quali attività ama svolgere? _____

E' solito giocare da solo o in compagnia? _____

Gioca volentieri con i coetanei? _____

E' autonomo nella cura e nell'igiene personale? _____

Ha bisogno di cure ed attenzioni costanti da parte di un adulto? _____

E' timido / introverso? _____

E' sociale ed estroverso? _____

E' aggressivo verso gli altri e/o autoaggressioni? _____

E' stato altre volte lontano dalla famiglia? _____

Il bambino/a si trova in situazione di difficoltà familiare? ____ Se si, di che tipo? _____

Usufruisce della Legge 104?

**COMUNICAZIONE DAL GENITORE
(Cosa ha consegnato all'Operatore)**

Denaro : _____ € : _____

Medicinali : _____

Schede Telefoniche : n° ____ da € : _____

Altro : _____

**NOTIZIE PER IL RESPONSABILE SANITARIO DEL SOGGIORNO VACANZA
(da compilare da parte dei Genitori)**

Soffre di Allergie / Intolleranze? _____ Quali? _____

E' Portante di :

- Protesi Acustica? _____
- Protesi Ortodontica? _____
- Protesi Ortopediche? _____
- Occhiali? _____

Soffre di :

- Enuresi notturna / diurna? _____
- Ritardo psicomotorio/disturbi del comportamento e/o del carattere? _____
- Insonnia? _____
- Sonnambulismo? _____
- Crisi acetonemiche? _____
- Altro?

In caso di crisi :

Modalità di intervento?

Farmaci da somministrare? _____

Terapie particolari ? _____

(Se necessita di terapie particolari, allegare certificato medico con esatta prescrizione dei farmaci e le modalità di somministrazione)

Ulteriori Informazioni e/o suggerimenti? _____

**[Tutti i contenuti della presente scheda dovranno essere trattati nei termini della legge
D.LGS 196/2003]**

DATA E LUOGO

FIRMA
