

Io genitore:

--	--

cognome nome

genitore del **minore** :

--	--

cognome nome

--	--

luogo di nascita data di nascita

--	--

residenza- indirizzo telefono

--	--	--

medico curante codice **fiscale ragazzo** AUSL

A - DICHIARO che mio/a figlio/a si trova nella seguente condizione:

1) **MALATTIE PREGRESSE** (barrare con X l'opzione scelta, cioè che si è verificata)

Morbilli	Vaccinato	si - no	Malattia pregressa	si - no
Parotite	Vaccinato	si - no	Malattia pregressa	si - no
Rosolia	Vaccinato	si - no	Malattia pregressa	si - no
Pertosse	Vaccinato	si - no	Malattia pregressa	si - no
Varicella	Vaccinato	si - no	Malattia pregressa	si - no
Tetano	Vaccinato	si - no		
Epatite B	Vaccinato	si - no	Malattia pregressa	si - no
Meningococco C	Vaccinato	si - no		

2) **ALLERGIE** (indicare nelle rispettive righe l'entità solo se allergici)

farmaci	pollini
polveri	muffe
punture di insetti	altro

3) **TERAPIE IN ATTO e/o EVENTUALI PATOLOGIE** : indicare farmaci, tempi e modalità dell'assunzione, autonomia del ragazzo/a _____4) **INTOLLERANZE ALIMENTARI** : indicare alimenti o bevande di cui si è intolleranti (specificare se lievi o acute) _____**B) DICHIARO** che mio/a figlio/a si trova in condizioni fisiche idonee a sostenere le attività fisiche che si svolgeranno in campeggio (escursioni in montagna, partite di calcetto e pallavolo, eccetera)**C) AUTORIZZO** gli enti del servizio sanitario nazionale e il personale medico e paramedico ad adottare i percorsi diagnostici e terapeutici ritenuti necessari e/o opportuni al fine di recuperare l'integrità fisica e psicofisica di mio/a figlio/a secondo la loro prudente valutazione.

San Martino in Rio, data _____

firma genitore o di chi esercita la potestà parentale