

**lo genitore:**

cognome	nome

genitore del **minore** :

cognome	nome

luogo di nascita	data di nascita

residenza- indirizzo	telefono

medico curante	codice <b>fiscale ragazzo</b>	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)

Morbillo	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