

# SCHEDA MEDICA E DICHIARAZIONE DI STATO DI SALUTE

(da compilare e consegnare in busta chiusa)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

esercitante la potestà sul minore \_\_\_\_\_

## DICHIARA

che il/la minore succitato/a, gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ N° Tessera Sanitaria  
(allega fotocopia), partecipante al campo scuola \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso  Casa Fanciullo Gesù (Tonezza)  S. Maria ad Nives (Penia)

*In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti riempire  
lo spazio delle Note per specificare meglio il problema.*

Ha avuto manifestazioni allergiche:  NO  SI (specificare)  
 a medicinali  alimentari  a punture d'insetto  altro

Ha presentato sintomi di allergie in occasione di profilassi con sieri  
(Antitetanico, antiofidico, ecc)  NO  SI (specificare che sintomo, che tipo di  
siero)

Ha delle limitazioni nell'alimentazione (diete particolari). Specificare:

Attualmente soffre di malattie/patologie particolari o croniche. Specificare:

In passato ha avuto le seguenti malattie / infortuni:

Deve assumere **autonomamente** dei farmaci alla posologia sotto indicata:

Chiede di prestare le seguenti attenzioni:

## Si allega documentazione sanitaria ritenuta utile.

Consapevole che saranno prese tutte le precauzioni, consente che il/la minore prenda  
parte a tutte le attività previste durante il campo scuola.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informativa legge della "privacy" e consenso al trattamento dei dati. La informiamo, ai sensi del GDPR n.2019/679 ed  
in particolare degli art. 7 e 13, che i dati saranno utilizzati, in caso di necessità, unicamente durante il campo scuola e al  
termine saranno distrutti. Per consenso,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_