SCHEDA INFORMATIVA e MEDICA

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

_____

Sta seguendo cure mediche che devono essere continuate durante il soggiorno? ____

Se sì, quali? _____

Ha sofferto di qualche malattia importante? _____

Soffre di: disturbi epilettici? _____ Asma? _____Allergie?

_____ Specificare _____

_____

Intolleranze/Allergie ad alimenti? _____Specificare _____

_____

Altro? _____

Durante il soggiorno deve portare protesi ortodontiche, occhiali, etc.? _____

Specificare _____

Altre informazioni utili _____

Indicare il numero del libretto sanitario dell'iscritto e il suo codice fiscale:

Libretto sanitario

Codice fiscale

_____, lì_____

il sottoscritto _____ in qualità di _____ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196, il trattamento dei dati sensibili ai soli fini della presente domanda.

Firma genitore

_____

Eventuali intolleranze e/o allergie dovranno essere accompagnate da certificato medico che le attesti.

Il certificato medico è obbligatorio.