

AUTOCERTIFICAZIONE

sullo stato di salute per la partecipazione a periodi scolastici fuori sede (settimana verde, bianca,..)

Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale del partecipante. Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del personale sanitario ed educativo.

Corso che si svolgerà a

dal al

Organizzato da *Istituto scolastico Torricella Taverna e Bedano*

Cognome del/la partecipante

Nome del/la partecipante

Data di nascita Sesso femmina maschio

Classe frequentata Paternità.....

Assicurazione malattia e Infortuni

Socio Rega sì no nr.Socio.....

In caso di necessità/urgenza contattare:

Cognome e nome della persona da contattare

Telefono privato Telefono cellulare

Telefono lavoro

Medico curante del partecipante:

Cognome e nome Località

Telefono studio

- | | SI | NO | Se sì, specificare |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 1. Allergie a medicinali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| 2. Altre allergie (cibo, piante, animali) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| 3. Asma o altri disturbi respiratori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

- | | SI | NO | Se sì, specificare |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 4. Diabete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Epilessia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Disturbi del comportamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Porta occhiali o lenti a contatto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Porta apparecchi/protesi dentali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Segue una dieta speciale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| 11. Ci sono attività fisiche che non può fare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| 12. È vaccinato contro il tetano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| p.f. unire fotocopia del certificato di vaccinazione | | | |
| 13. Assume dei farmaci? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| se sì, provvedere ad una scorta adeguata alla durata del soggiorno | | | |

Nome del farmaco	Dosaggio (es. 1 pastiglia al mattino)

14. È autonomo nel prendere i farmaci?
-
15. Altre particolarità da segnalare (per es. soffre di vertigini,...)?
-
-

Il presente certificato deve essere compilato nei **30 giorni** che precedono l'inizio del turno.

In fede.

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione.....

FirmaLuogo e data.....