

Da compilarsi a cura del genitore sottoforma di autocertificazione con fotocopia tessera sanitaria

SCHEDA SANITARIA DI _____

Nome _____ Cognome _____
Nato _____ il _____ Età _____
Tessera sanitaria n° _____ ASL appartenenza _____
Codice fiscale _____
Reperibilità durante il soggiorno _____
Nome del padre _____ Recapito _____
tel. _____ e-mail _____
Nome della madre _____ Recapito _____
tel. _____ e-mail _____
Medico curante _____ Recapito _____
tel. _____ e-mail _____

NOTIZIE ANAMNESTICHE (barrare solo voci positive)

Morbillo Varicella Rosolia Scarlattina Pertosse Parotite

Soffre di:

Cardiopatie Epilessia Reumatismo Asma bronchiale Epatite Diabete
 Crisi acetonemiche Enuresi notturna / diurna Altro

Non presenta sintomi di malattie trasmissibili, ed è sano e di robusta costituzione, nonché idoneo a svolgere attività sportive. Non presenta qualsiasi allergie o altro che richieda un regime dietetico specifico, o che risultino incompatibili al luogo di soggiorno o alla vita all'aria aperta, al programma previsto per I CENTRI ESTIVI ed alla vita di comunità. Non proviene da zone con manifestazioni epidemiche in atto. Non presenta manifestazioni da pediculosi. Non si verifica convivenza con persone affette da malattie trasmissibili, tali da far ritenere che la convivenza stessa costituisca controindicazione all'ammissione in collettività.

La direzione delle Maghe Magò ricorda inoltre che:

- In caso di certificato medico o altra situazione emersa, non compatibile alle attività dei centri estivi delle maghe magò, in caso di terapie, per allergie o altro, di gestione non autonoma, occorre sempre richiedere per iscritto **l'autorizzazione preventiva** alla direzione delle maghe magò snc.
- Tutti i medicinali personali devono essere depositati, dagli bambini, presso la responsabile della struttura.
- Non è possibile portare al centro estivo alcun gioco o materiale personale.

Terapie gestite autonomamente in corso NO SI, specificare tipo e posologie

È portatore di:

Apparecchio ortodontico
 Apparecchi acustici
 Scarpe ortopediche
 Occhiali Lenti a contatto Altro

Ha effettuato interventi chirurgici?

Se SI quali? _____

Ha effettuato le vaccinazioni previste per legge? SI NO

Data ___/___/_____

firma _____