

AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE PER LA COLONIA ASIPAO

Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale del partecipante alla colonia. Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del personale sanitario ed educativo della colonia. Per patologie gravi é necessario un certificato medico.

Cognome e nome del/la partecipante:

Data di nascita: Sesso M F

Assicurazione malattia:

Cognome e nome di chi firma l'autocertificazione:

Domicilio:..... Paternità :

In caso di necessità/urgenza contattare:

Cognome e nome

Telefono privato Telefono cellulare

Telefono lavoro e-mail:

Pediatra: Telefono studio.....

SI

NO

Se sì, specificare

1. Allergie a medicinali

.....

2. Altre allergie (cibo, piante, animali)

.....

3. Asma o altri disturbi respiratori

4. Diabete

5. Epilessia

6. Disturbi del sonno

7. Disturbi del comportamento

8. Porta apparecchi dentali o protesi?

9. Ritardo cognitivo leggero / medio / grave (sottolineare)

SI

NO

Se sì, specificare

10. Altro (precisare)

11. Segue una dieta speciale?

12. È vaccinato contro il tetano?

P.F. allegare fotocopia cartella vaccinazioni

13. Ci sono attività fisiche che non può fare?

14. Assume dei farmaci? Si No Se sì, è autonomo nel prendere i farmaci? Si No

Provvedere ad una scorta adeguata e completare la tabella sotto dettagliatamente (anche dei medicinali in riserva).

| Medicamento | Mg | Ma | Mezz | Sera | notte |
|-------------|----|----|------|------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

13. Altre particolarità da segnalare ?

Il presente certificato deve essere compilato e inviato insieme al formulario di iscrizione, un nostro monitore vi contatterà per un appuntamento per conoscere il ragazzo nel caso sia la prima volta che viene in colonia e qualora lo ritenesse necessario.

Questo formulario deve essere convalidato dal pediatra in caso di patologie o di disturbi cognitivi gravi. Per ragazzi che richiedono particolari attenzioni è necessario timbro e firma del medico curante. Allegare lista intolleranze alimentari per casi gravi compilata dal medico curante e eventuali medicinali di urgenza. Rispedire entro un mese dall'inizio della colonia.

Firma e timbro del medico (se necessario)

Data e luogo Firma genitore.....