

**COLONIA MARINA 2023**

**SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA DEL RAGAZZO/A**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_

LUOGO \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

**RECAPITO CUI RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITA'**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

**MEDICO CURANTE DEL RAGAZZO/A**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

**IL RAGAZZO/A:**

1. Ha sofferto di patologie gravi in passato? (Se SI, quali e quando?)

\_\_\_\_\_

2. Ha subito interventi chirurgici? (Se SI, quali e quando?)

\_\_\_\_\_

3. È portatore di patologie croniche? (Se SI, quali?)

ASMA ( ) SVENIMENTI ( ) CONVULSIONI ( ) DIABETE ( ) DISTURBI CARDIACI ( )

ALLERGIA: \_\_\_\_\_

ALTRO: \_\_\_\_\_

4. Fa uso abitudinario di farmaci? \_\_\_\_\_

FARMACO \_\_\_\_\_ DOSAGGIO \_\_\_\_\_

FARMACO \_\_\_\_\_ DOSAGGIO \_\_\_\_\_

5. È attualmente sotto cura medica? (Motivi, da quando?)

\_\_\_\_\_

6. È intollerante o allergico a quale farmaco o alimento?

\_\_\_\_\_

7. È in possesso della certificazione di disabilità, ai sensi della legge 104/92? SI NO

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE

\_\_\_\_\_