

SCHEDA SANITARIA DEL MINORE

da compilare a cura dell'esercente la responsabilità genitoriale e consegnare all'inizio del Camp in occasione del PRIMO INGRESSO

COGNOME _____

NOME _____

Nato _____ il _____

residente _____

in Via _____ CAP _____

n° tel _____ cell _____

recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)

Medico curante _____

libretto sanitario numero _____

ASL _____

Si prega di indicare le Malattie pregresse		
Morbillo	Si	No
Varicella	Si	No
Rosolia	Si	No
Parotite	Si	No
Pertosse	Si	No
Scarlattina	Si	No
Mani-Bocca-Piedi	Si	No
V-VI Malattia	Si	No
Mononucleosi	Si	No

Vaccinazioni	Barrare Si -No		Data ultimo richiamo
	Si	No	
Difterite - Tetano - Pertosse	Si	No	
Poliomelite	Si	No	
Epatite B	Si	No	
Emofilo B (HIB)	Si	No	
Morbillo – Parotite –Rosolia	Si	No	
Pneumococco	Si	No	
Varicella	Si	No	
Covid-19	Si	No	
Meningococco	Si	No	

Si prega di segnalare eventuali allergie	Specificare reazione allergica
Farmaci	
Muffe	
Veleno Insetti	
Pollini	
Alimenti	
Altro	

Altro _____

DA PORTARE AL CAMP COMPILATA E FIRMATA

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso:

In caso di bisogno segnalare i farmaci comunemente somministrati

Barrare se il partecipante è portatore di:

Apparecchio ortodontico	<input type="checkbox"/>
Apparecchi acustici	<input type="checkbox"/>
Occhiali	<input type="checkbox"/>

DA CONSEGNARE AL CAMP:

- sotto i 12 anni: Certificato medico per l' idoneità alla pratica sportiva non agonistica
- dai 12 anni (compiuti) in su: Certificato medico per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica

Il sottoscritto _____,

nato il ____ / ____ / _____

a _____ (_____),

residente in _____ (_____)

Via _____,

esercente la responsabilità genitoriale del minore

DICHIARA

che il minore non ha contratto malattie infettive negli ultimi 10 giorni e non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità tali da precludere l'ammissione dello stesso in comunità.

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)Data

_____ Firma _____

Riconosco che i dati sanitari raccolti attraverso la presente SCHEDA SANITARIA e quelli che saranno eventualmente raccolti nel corso dello svolgimento della Castro Rugby Academy, saranno trattati da R.C.I. Società Sport. Dilett. a Responsabilità Limitata secondo quanto precisato nell' informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito www.castroacademy.com che dichiaro di avere letto all'atto della presentazione del modulo di iscrizione alla Castro Rugby Academy e acconsento al trattamento dei dati sanitari del minore per le finalità previste nella suddetta informativa.

Data _____ Firma _____

DA PORTARE AL CAMP COMPILATA E FIRMATA