



SCHEDA SANITARIA

LA PRESENTE DICHIARAZIONE FIRMATA E COMPILATA ANDRA' PRESENTATA IN BUSTA CHIUSA AL RESPONSABILE DEL CAMP IL GIORNO DI ARRIVO INSIEME AL CERTIFICATO MEDICO DI BUONA SALUTE/ LIBRETTO VERDE E COPIA DEL LIBRETTO DELLE VACCINAZIONI. QUALORA NON AVESSE PROVVEDUTO ALLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE DOVRA' PRESENTARE IN STRUTTURA UNA CERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA

Nome del soggiorno _____

AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE DA PARTE DEL GENITORE RICHIEDENTE

IL GENITORE (nome e cognome) _____
nato/a _____ Prov. (____) il ____/____/____
codice fiscale _____
residente in _____ Prov. _____
indirizzo _____ Prov. (____)
appartenente all'ASL _____ Città _____ Prov. (____)

DICHIARA

sotto personale responsabilità, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), che, relativamente alle indicazioni ministeriali sul nuovo decreto-legge n.73/2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" per l'a.s. 2020-2021, sono state eseguite per il **PARTECIPANTE (nome) _____ COGNOME (cognome) _____** le seguenti vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami:

- anti-poliomielitico
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-Haemophilus tipo b
- anti-meningococcica B
- anti-meningococcica C
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella



ALTRE NOTIZIE ED INFORMAZIONI DEL PARTECIPANTE

DATI GENITORE 1

Cognome _____ Nome _____

Recapiti telefonici

CELLULARE _____ UFFICIO/CASA _____

DATI GENITORE 2 _____ Nome _____

Recapiti telefonici

CELLULARE _____ UFFICIO/CASA _____

DATI PARTECIPANTE

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ C.F. _____

Scuola frequentata dal partecipante _____ Classe _____

Sta seguendo terapie mediche che devono essere continuate durante il soggiorno? SI NO

Se SI, quali?

Ha sofferto (anche in passato) di qualche malattia importante?

Soffre di: Asma SI NO Allergie polline/polveri SI NO Intolleranze a medicinali? SI NO

Se SI specificare a quali medicine/principio attivo:

Intolleranze ad alimenti? SI NO

Se SI, specificare _____

Durante il soggiorno deve portare protesi ortodontiche, occhiali, etc.? SI NO

Se SI, specificare _____

Soffre di: Enuresi notturna/diurna SI NO - Insonnia SI NO - Sonnambulismo?

SI NO Crisi acetoneemiche? SI NO

E' autonomo nella cura e nell'igiene personale? SI NO



Assume specifiche medicine? SI NO

Se si, specifica tutti i dettagli necessari e comunicarlo per email a booking@cioccotravel.it

Ha qualche disabilità (inclusi i disturbi specifici dell'apprendimento)?

E' stato altre volte lontano dalla famiglia? SI NO // Quante altre esperienze ha già vissuto?

E' timido / introverso? SI NO // E' sociale ed estroverso? SI NO

E' aggressivo verso gli altri e/o autoaggressioni? SI NO

Controllo pediculosi da effettuare prima della partenza

Data _____

Firma dei genitori
