



DEPORTIVO JUNIOR CAMP 2020

SCHEDA SANITARIA

COGNOME			NOME		
NATO A	IL		RESIDENTE A		
IN VIA	C.A.P.		N° TEL	CELL.	

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	

VACCINAZIONI	BARRARE SI - NO		DATA ULTIMO RICHIAMO
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	

INDICARE LE ALLERGIE			INDICARE REAZIONE ALLERGICA SE PRESENTE
FARMACI	SI	NO	
MUFFE	SI	NO	
VELENO INSETTI	SI	NO	
POLLINI	SI	NO	
ALIMENTI	SI	NO	
ALTRO	SI	NO	

Patologie in atto: _____

In caso di bisogno segnalare i farmaci comunemente somministrati: _____

Terapie in corso che intende proseguire durante la permanenza, specificarne tipo e posologia: _____

Dieta speciale per intolleranze alimentari: _____

Barrare se il partecipante è portatore di:

APPARECCHIO ORTODONTIVO	SI	NO
APPARECCHI ACUSTICI	SI	NO
OCCHIALI	SI	NO

Si dichiara che il minore 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.

Tavagnacco (UD), data _____

Firma
(per minori di chi esercita la Responsabilità Genitoriale dell'iscritto)