



COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

VIA _____ CAP _____ PROV _____

TELEFONO _____

Il ragazzo,
è vaccinato/a per:

Difterite	SI	NO
Tetano	SI	NO
Epatite A	SI	NO
Epatite B	SI	NO
Altro: _____	SI	NO
Altro: _____	SI	NO

Soffre di malattie metaboliche? SI NO
descrivere _____

Soffre di malattie cardiache? SI NO
descrivere _____

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? SI NO
descrivere _____

Soffre di disturbi all'apparato digerente? SI NO
descrivere _____

Soffre di malattie di altro tipo? SI NO
descrivere _____

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra?

Soffre di allergie? SI NO
di che tipo? _____

A quali farmaci?(elencare le molecole) _____

A quali pollini? _____

A quali alimenti? _____

Altro _____

Deve praticare particolari diete alimentari? SI NO
descrivere _____

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria

Medico curante: Dott. _____

Studio _____

Recapiti telefonici _____

Allegare copia del tesserino sanitario regionale (specialmente per l'esenzione della compartecipazione sanitaria nel caso di malattie croniche) – si può fotocopiare sul retro di questa scheda.

Per le terapie già instaurate, in caso di espressa richiesta degli operatori dovranno essere consegnati i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato dal nome e dal cognome del ragazzo, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco. Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità.

Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

Responsabile del trattamento dei dati personali ai sensi del D.LGS.196/03 è il legale rappresentante dell'Associazione nella persona del Presidente.

DATA _____

FIRMA di uno dei genitori (o di chi ne fa le veci)