

SCHEDA MEDICA E DICHIARAZIONE DI SALUTE

Io sottoscritto _____ genitore di _____

Dichiaro che il suddetto minore, nro. Tessera sanitaria (allegasi copia della Tessera sanitaria e C.I.) NON HA PROBLEMI DI MANIFESTAZIONI ALLERGICHE – OPPURE HA MANIFESTAZIONI ALLERGICHE DOVUTE A:

- Medicinali _____

- Alimentari _____ -

- Altro _____

Ha presentato sintomi di allergie in occasione di profilassi con sieri (antitetanico, antifiodico, ecc.)?

Si

NO

Attualmente soffre di patologie particolari o croniche? _____

Deve assumere farmaci? _____

Consapevole che saranno prese tutte le precauzioni, consente che il minore prenda parte a tutte le attività previste durante il campo scuola.

Data: _____ Firma _____