

AUTOCERTIFICAZIONE DELLA SCHEDE SANITARIA

COGNOME E NOME: _____

Malattie pregresse

morbillo parotite pertosse rosolia varicella scarlattina

altro: _____

Allergie (specificare il tipo)

Terapie in corso

(specificare farmaci e posologia)

Dieta speciale

(specificare eventuale celiachia o alimenti vietati)

Apparecchi protesici e/o altri ausili

Vi preghiamo inoltre, di segnalare qualunque informazione riteniate utile sulle condizioni fisiche e psicologiche del partecipante per una ottimale riuscita del soggiorno.

In caso di piccoli disturbi (mal di testa, raffreddori, mal di gola ecc.) è abituato/a a prendere medicinali? Se sì, quali e in che dosi?

È soggetto/a a particolari disturbi o malesseri? Se sì quali

DATA DI COMPILAZIONE __/__/____

FIRMA

Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge 675/96 sulla tutela della privacy e successive modifiche