

Allegato 1

AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA 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