

## SCHEDA PARTECIPANTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI MEDICO SANITARIE

#### AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore del partecipante \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)  
appartenente all'ASL \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_)

#### DICHIARA

sotto personale responsabilità, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, (art. 76 D.P.R. n. 445/2000), che, relativamente alle indicazioni ministeriali sul nuovo decreto-legge n.73/2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" per l'a.s. 2017-2018, sono state eseguite le seguenti vaccinazioni obbligatorie e i relativi richiami:

- anti-poliomielitico
- anti-difterica
- anti-tetanica
- anti-epatite B
- anti-pertosse
- anti-Haemophilus tipo b
- anti-meningococcica B (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)
- anti-meningococcica C (obbligatoria per i nati dall'anno 2012)
- anti-morbillo
- anti-rosolia
- anti-parotite
- anti-varicella (obbligatoria per i nati dall'anno 2017)

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore dichiarante \_\_\_\_\_

**ALTRE NOTIZIE ED INFORMAZIONI DEL PARTECIPANTE  
AL SOGGIORNO ESTIVO DI VACANZA DI:**

\_\_\_\_\_ (specificare la località di soggiorno)

**AZIENDA - ENTE** \_\_\_\_\_ (specificare nome dell'azienda di riferimento)

**DATI DEI GENITORI**

**PAPA'**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici

CELLULARE \_\_\_\_\_ UFFICIO \_\_\_\_\_

**MAMMA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici

CELLULARE \_\_\_\_\_ UFFICIO/CASA \_\_\_\_\_

**DATI DEL PARTECIPANTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Scuola frequentata dal ragazzo \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Sta seguendo terapie mediche che devono essere continuate durante il soggiorno?  SI  NO

Se SI, quali?

\_\_\_\_\_

Ha sofferto (anche in passato) di qualche malattia importante?

\_\_\_\_\_

Soffre di: Asma  SI  NO Allergie polline/polveri  SI  NO Intolleranze a medicinali?  SI  NO

Se SI specificare a quali medicine/principio attivo:

\_\_\_\_\_

Intolleranze ad alimenti?  SI  NO

Se SI, specificare \_\_\_\_\_

Durante il soggiorno deve portare protesi ortodontiche, occhiali, etc.?  SI  NO

Se SI, specificare \_\_\_\_\_

Durante le ore notturne ha abitudini particolari?  SI  NO

Quali? \_\_\_\_\_

Soffre di: Enuresi notturna/diurna  SI  NO - Insonnia  SI  NO - Sonnambulismo ?  SI  NO  
Crisi acetoneemiche?  SI  NO

E' autonomo nella cura e nell'igiene personale?  SI  NO

Ha bisogno di cure ed attenzioni costanti da parte di un adulto?  SI  NO

Altre abitudini o esigenze da segnalare?

\_\_\_\_\_

Problemi fisici o psicologici con assistenza di particolare attenzione di un operatore con rapporto 1/1  
 SI  NO

Si avvale del sostegno previsto dalla legge / 104  SI  NO

E' stato altre volte lontano dalla famiglia?  SI  NO // Quante altre esperienze ha già vissuto?  SI  NO

E' solito giocare da solo o in compagnia?  SI  NO // Gioca volentieri con i coetanei?  SI  NO

E' timido / introverso?  SI  NO // E' sociale ed estroverso?  SI  NO

E' aggressivo verso gli altri e/o autoaggressioni?  SI  NO

Altre informazioni utili per l'educatore (elenco hobbies e pratiche sportive preferite):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione del presente documento i dichiaranti autorizzano espressamente il trattamento dei dati personali in esso contenuti in base a quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dalle disposizioni del regolamento UE 2016/679 (GDPR) al fine di consentire la partecipazione del minore al soggiorno estivo sopra indicato. Ne consegue che in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile accettare la richiesta di partecipazione del minore al soggiorno. I dati forniti saranno trasmessi al personale operativo presso il soggiorno sopra indicato e condivisi, in caso di necessità, con il personale medico delle strutture sanitarie attinenti al medesimo soggiorno.

Firma del genitore (Mamma)

\_\_\_\_\_

Firma del genitore (Papà)

\_\_\_\_\_