

SCHEMA 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-tetanea
- 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)
