



SCHEDA SANITARIA

COGNOME:

NOME:

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
esercitante la potestà nei confronti del/la minore:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

ne **DICHIARA** le seguenti notizie sanitarie al fine della partecipazione al Campo:

CODICE FISCALE: _____

Tessera Sanitaria n° _____ **scad.** _____

(informazioni reperibili in basso sul retro della tessera sanitaria)

Il minore è stato sottoposto alle **vaccinazioni obbligatorie per legge**: **SI** ☐

Allergie: _____

Patologie gravi o malattie croniche o ricorrenti: _____

Terapie in corso, che saranno praticate anche durante il campo (specificare farmaci e posologia): _____

Richiedo anche la supervisione di un educatore per l'assunzione delle terapie farmacologiche riportate sopra ?: **SI** ☐ **NO** ☐

Dichiara, inoltre, di essere stato informato che nel menù del campo possono essere presenti tracce dei comuni allergeni quali ad esempio glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte, frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi e derivati dei precedenti. Segnala pertanto la seguente

Dieta speciale (alimenti che non possono essere assunti): _____

In merito a condizioni e situazioni che necessitano di specifica assistenza, dichiara inoltre:

- che il minore beneficia delle agevolazioni stabilite dalla legge 104/1992 per le seguenti disabilità di tipo fisico, psichico o sensoriale:

- Che il minore è affetto da uno i più disturbi del neurosviluppo (disabilità intellettiva; disturbi della comunicazione; disturbo dello spettro dell'autismo; disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività - ADHD; disturbi specifici dell'apprendimento - DSA; disturbi del movimento):

E segnala pertanto le seguenti specificazioni e necessità per la gestione delle attività del Campo: _____

Se ci sono altre condizioni e situazioni particolari del/la minore (di natura medica, relazionale, comportamentale) che necessitano di una specifica assistenza, si prega di contattare quanto prima il responsabile del Campo.

data _____

firma _____

L'esercente la podestà

Allegati: si prega di allegare copia della tessera sanitaria

Informativa Legge della Privacy
e consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

I dati forniti saranno trattati in conformità al Codice in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche e al Regolamento UE 2016/679. Il titolare dei dati forniti è il Presidente Diocesano dell'AC di Siena - Colle Val d'Elsa - Montalcino con sede in Siena, Piazza dell'Abbadia n.6. I dati saranno utilizzati, in caso di necessità, unicamente durante il campo scuola e distrutti una volta conclusosi.

data _____

firma _____