

# SCHEMA MEDICA E DICHIARAZIONE DI STATO DI SALUTE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_  
esercitante la potestà sul minore \_\_\_\_\_

## DICHIARA

che il/la minore succitato/a, gruppo sanguigno (se conosciuto) \_\_\_\_\_

N° Tessera Sanitaria (allegare fotocopia), partecipante al campo scuola:

**Dal 2 al 6 gennaio** **2 – 3 media e 1° superiore**  
**a Carbonare di Folgaria**

*In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti riempire lo spazio delle Note per specificare meglio il problema.*

Ha avuto manifestazioni allergiche:  NO  SI (specificare)  
 a medicinali  alimentari  a punture d'insetto  altro

Ha presentato sintomi di allergie in occasione di profilassi con sieri (Antitetanico, antiofidico, ecc)  NO  SI (specificare che sintomo, che tipo di siero)

Ha delle limitazioni nell'alimentazione (diete particolari). Specificare:

Attualmente soffre di malattie/patologie particolari o croniche. Specificare:

In passato ha avuto le seguenti malattie / infortuni:

Deve assumere **autonomamente** dei farmaci con la posologia sotto indicata;

- Gli / le **devono essere somministrati** i farmaci con la posologia sotto indicata

Chiede, a partire da situazioni di tipo relazionale/comportamentale (o altro), **comunque da comunicare ai responsabili** del campo scuola, siano prestate le seguenti attenzioni:

---

---

Consapevole che saranno prese tutte le precauzioni, consente che il/la minore prenda parte a tutte le attività previste durante il campo scuola.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informativa legge della "privacy" e consenso al trattamento dei dati. La informiamo, ai sensi del GDPR n.2019/679 ed in particolare degli art. 7 e 13, che i dati saranno utilizzati, in caso di necessità, unicamente durante il campo scuola e al termine saranno distrutti. Per consenso,

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_