

SCHEDA MEDICA E DICHIARAZIONE DI STATO DI SALUTE

Il sottoscritto _____

nato il ___/___/_____ a _____ (_____)

residente a _____ in Via _____ n. _____

esercitante la potestà sul minore _____

nato il ___/___/_____ a _____

DICHIARA

che il/la minore succitato/a, partecipante al campo scuola **B** dal **19/07/2025** al **26/07/2025** presso Casa della Gioventù via San Floriano, 67 Località Chiapuzza - San Vito di Cadore (BL)

In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti riempire lo spazio disponibile 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 alla posologia sotto indicata:

Chiede di prestare le seguenti attenzioni:

Si allega fotocopia tessera sanitaria, certificato vaccinale, documentazione sanitaria ritenuta utile.

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

Data _____ Firma _____

Si informa che il responsabile del trattamento dei dati personali è il presidente dell'Azione Cattolica del Patriarcato di Venezia e che i dati saranno utilizzati, in caso di necessità, unicamente durante il campo scuola e al termine saranno distrutti. Autorizzo al trattamento dei miei dati personali secondo il D.Lgs 196/2003 informativa sulla Privacy e al Regolamento Europeo (UE) 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati.

Data _____ Firma _____