

SCHEDA INFORMATIVA e MEDICA

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Sta seguendo cure mediche che devono essere continuate durante il soggiorno? _____

Se sì, quali? _____

Ha sofferto di qualche malattia importante? _____

Soffre di: disturbi epilettici? _____ Asma? _____ Allergie? _____

Specificare _____

Intolleranze/Allergie ad alimenti? _____ Specificare _____

Altro? _____

Durante il soggiorno deve portare protesi ortodontiche, occhiali, etc.? _____

Specificare _____

Altre informazioni utili _____

_____, lì _____

il sottoscritto _____ in qualità di _____ autorizza, ai sensi dell'art.

13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196, il trattamento dei dati sensibili ai soli fini della presente domanda.

Firma genitore

Eventuali intolleranze e/o allergie dovranno essere accompagnate da certificato medico che le attesti.

Il certificato medico è obbligatorio.