

**SCHEDA SANITARIA DI AUTOCERTIFICAZIONE A CURA DELLA FAMIGLIA****DATI MINORE/I**

NOME	
COGNOME	

**MALATTIE PREGRESSE**

	Fatto	Non fatto	Non si sa	Vaccinato	Non vaccinato
MORBILLO					
PAROTITE					
PERTOSSE					
ROSOLIA					

**ALLERGIE**

FARMACI	
POLLINI	
POLVERI/MUFFE	
INSETTI	
ALTRO	
<b>INTOLLERANZE ALIMENTARI</b>	
<b>DIETE SPECIFICHE</b>	

Il/la sottoscritto/a dichiara che il minore

- non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- se è stato richiesto intervento medico si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili o tali da controindicare l'ammissione in collettività.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**AVVISO IMPORTANTE**

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (D. lgs 196/03 e successivi provvedimenti).

**AUTORIZZAZIONE AL BAGNO**

Il sottoscritto/a autorizzo mio figlio/a ad effettuare il bagno presso le pozze del sentiero geologico della Val Ravella e dichiara che lo/la stesso/a

E' autonomo  SI  NO

Data \_\_\_\_\_ Firma per rilascio autorizzazione \_\_\_\_\_

Chiediamo di segnalare qualsiasi situazione particolare sul minore per poter garantire interventi mirati

---

---

---