

AUTOCERTIFICAZIONE
sullo stato di salute per la partecipazione
alle vacanze estive 2025

TURNO _____
CLASSE FREQUENTATA _____

*Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale del partecipante alla vacanza.
Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del personale sanitario ed educativo.*

Cognome del/la partecipante
Nome del/la partecipante
Data di nascita
Sesso..... Domicilio
Paternità
Assicurazione malattia e Infortuni.....

In caso di necessità/urgenza contattare:

Cognome e nome della persona da contattare.....
Telefono privato
Telefono cellulare
Telefono lavoro

Medico curante del partecipante:

Cognome e nome.....
Località
Telefono studio.....

SI/NO Se sì, specificare

SI NO

1. Allergie a medicinali
-
2. Altre allergie (cibo, piante, animali)
-
3. Asma o altri disturbi respiratori
4. Diabete
5. Epilessia
6. Disturbi del sonno
7. Disturbi del comportamento
8. Porta occhiali o lenti a contatto?
9. Porta apparecchi/protesi dentali?
10. Segue una dieta speciale?
-
11. Ci sono attività fisiche che non può fare?
-
12. È vaccinato contro il tetano? **(unire fotocopia del certificato di vaccinazione)**
13. Assume dei farmaci? *(se sì, provvedere ad una scorta adeguata alla durata del soggiorno)*

Nome del farmaco	Dosaggio (es. 1 pastiglia al mattino)

14. È autonomo nel prendere i farmaci?
-
15. Altre particolarità da segnalare?
-

Il presente certificato deve essere compilato nei **30 giorni che precedono l'inizio del turno** della vacanza e consegnato al referente del turno del/la proprio/a figlio/a durante **le riunioni informative di giugno con la copia della tessera sanitaria e del libretto delle vaccinazioni.**

In fede.

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione.....

Luogo e data..... Firma.....