

## SCHEDA SANITARIA (1)

**Questa scheda debitamente compilata dal Genitore o da chi esercita la patria potestà deve essere conservata a cura del Responsabile del Centro Estivo "LE PLEIADI" ed in caso di necessità consegnata alla Guardia Medica o alla Struttura Sanitaria della località dove si svolge il soggiorno.**

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_ ;

DATA E LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ ;

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;

RECAPITO TEL. \_\_\_\_\_ ALTRO IN CASO DI NECESSITA' \_\_\_\_\_ ;

GIUDIZIO SULLO STATO DI SALUTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ .

GIUDIZIO SULLO STATO DI AUTOSUFFICIENZA FISICA E PSICHICA(2): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ .

MALATTIE IN ATTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EVENTUALI INTOLLERANZE /ALLERGIE MEDICAMENTOSE E ALIMENTARI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ .

CURE MEDICHE IN ATTO, NOME MEDICINALI E RELATIVE SOMMINISTRAZIONI (I MEDICINALI E LE RELATIVE PRESCRIZIONI DEVONO ESSERE CUSTODITI DALL'INTERESSATO): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DIETA CONSIGLIATA: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

ALTRE  
NOTIZIE: \_\_\_\_\_

---

---

---

EVENTUALI CONTROINDICAZIONI PER ATTIVITÀ PARTICOLARI: \_\_\_\_\_

---

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO O GENITORE

---

- (1) DA COMPILARSI A MACCHINA O IN CALLIGRAFIA LEGGIBILE
- (2) PER AUTOSUFFICIENZA FISICA E PSICHICA SI INTENDE CHE IL SOGGETTO SIA IN GRADO DI MUOVERSI LIBERAMENTE, DI PROVVEDERE IN MODO AUTONOMO ALL'IGIENE PERSONALE ED ALTRE ESIGENZE PERSONALI, DI ESSERE IN GRADO DI INTRATTENERE RELAZIONI SOCIALI.