



Campo Scuola 2018

"Progetto di educazione e sensibilizzazione alla cultura di protezione civile"
"Anche io sono la Protezione Civile"

SCHEDA MEDICA DEL PARTECIPANTE

Dati del partecipante

Cognome: _____ Nome: _____
Nato a: _____ Prov.: _____ il: _____
Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria n°: _____
Gruppo sanguigno: _____ Rh _____
Taglia maglietta: _____ Taglia pantaloni: _____

Dati dei genitori (o di chi ne fa le veci)

Padre/ Tutore	Cognome: _____ Nome: _____
	Nato a: _____ Prov.: _____ il: _____
Madre/ Tutrice	Cognome: _____ Nome: _____
	Nata a: _____ Prov.: _____ il: _____

Recapito telefonico dei genitori (o di chi ne fa le veci):

Dati residenza familiare

Città: _____ Prov.: _____ Via: _____ n° _____

Dati relativi al medico di famiglia

Cognome: _____ Nome: _____
Città: _____ Prov.: _____ Recapito telefonico: _____



Informazioni mediche del partecipante	
È affetto da patologie gravi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
In caso affermativo indicare la patologia: _____	
Ha subito interventi chirurgici?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
In caso affermativo indicare gli interventi: _____	
Ha effettuato vaccinazioni oltre a quelle di legge?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
In caso affermativo indicare le vaccinazioni: _____	
Utilizza abitualmente dei farmaci?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
In caso affermativo indicare i farmaci: _____	
Necessita di cure particolari?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
In caso affermativo indicare le cure: _____	
È affetto da allergie o intolleranze?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
In caso affermativo indicarle: _____	
Deve osservare diete particolari?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
In caso affermativo indicare la dieta: _____	
Altre notizie più specifiche:	

(Firma del Genitore o di chi ne fa le veci)