

**AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE PER LA PARTECIPAZIONE ALLA COLONIA**

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

Corso che si svolgerà a Catto (Valle Leventina) dal 01 / 01 / 2019 al 05 / 01 / 2019 organizzato dallo Sci Club Chiasso.

Cognome e nome del partecipante: .....  
Data di nascita: ..... Sesso:  maschio  femmina  
Domicilio: ..... Paternità: .....  
Assicurazione malattia e infortuni: .....

**In caso di necessità/urgenza contattare:**

Cognome e nome: .....  
Telefono privato: ..... Telefono cellulare: .....  
Telefono lavoro: ..... Altro recapito: .....

**Medico curante del partecipante:**

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

SI / NO Se sì, specificare:

- 1) Allergie a medicinali  SI  NO
- 2) Altre allergie (cibo, piante, animali)  SI  NO
- 3) Asma o altri disturbi respiratori  SI  NO
- 4) Diabete  SI  NO
- 5) Epilessia  SI  NO



Sci Club Chiasso  
Casella Postale 1213  
6830 Chiasso  
sciclubchiasso@gmail.com

SI / NO Se sì, specificare:

- 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?   *Se sì, allegare.*
- 11) Ci sono attività fisiche che non può fare?
- 12) E' vaccinato contro il tetano?   *ALLEGARE COPIA CERTIFICATO VACCINAZIONE.*
- 13) Assume dei farmaci?   *Se sì, compilare la tabella seguente.*

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

14) E' autonomo nel prendere i farmaci?

15) Altre particolarità da segnalare?

Il certificato deve essere compilato e rispeditoci **entro il 16 dicembre 2018**

presso:

Sci Club Chiasso, Casella Postale 1213 – 6830 Chiasso.

In fede.

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione:

Firma: .....

Luogo e data: .....