Ragazzo/a partecipante al Campo Scuola	*Cognome*	*Nome*

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Io sottoscritto *(cognome e nome **padre** / esercente la responsabilità genitoriale)*

identificato con documento: *(riportare tipo di documento e n°)*

ed

Io sottoscritta *(cognome e nome **madre** / esercente la responsabilità genitoriale)*

identificata con documento: *(riportare tipo di documento e n°)*

dichiariamo che nostro/a figlio/a (cognome e nome figlio/a) _____

• è in stato di buona salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte durante la settimana di Campo Scuola (escursioni, giochi all'aria aperta, laboratori creativi e attività manuali);

SEGNALAZIONI VARIE	
Allergie / Intolleranze (alimenti, farmaci, sostanze)	
Necessita di assumere i seguenti farmaci (specificare nome di ogni farmaco, dosaggio e orari di somministrazione)	
Patologie / Disabilità	
Vaccinazioni	Vaccinazioni obbligatorie effettuate (Legge 119/2017) SI □ NO □ Se effettuata, indicare la data dell'ultima vaccinazione antitetanica……
Altre informazioni che si ritiene opportuno fornire	

• Dichiariamo inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e solleviamo l'organizzazione da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.
• Ci impegniamo a consegnare eventuali farmaci ai responsabili del Campo Scuola, onde evitarne uso improprio o abuso.
• Dichiariamo infine di essere a conoscenza del fatto che gli organizzatori / accompagnatori presenti al Campo Scuola parrocchiale presso la Casa per vacanze "IL RIFUGIO" in Località Pian di Coltura non possiedono specifiche competenze medico-infermieristiche.

Riportiamo il **recapito telefonico preferibile da utilizzare per emergenze** e qualora si rendesse necessaria una decisione per qualsiasi accaduto riguardante nostro/a figlio/a:

_____

Spinea, data _____/ _____/ _____

Firma della madre | *Firma del padre*

Il modulo sarà accettato solo se sottoscritto da entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale