



CAMPISCUOLA 2025

Allegati OBBLIGATORI per l'iscrizione

INFORMAZIONI SANITARIE DI:

Cognome		Nome	
Nato/a il		Luogo	
Codice Fiscale		Residente	
Via e n°. civ.		CAP	

Iscrivente al Campo Scuola:

Opzione	Campo Scuola	Periodo	Località
	4 ^a e 5 ^a elementare	Dal 28 Luglio al 03 Agosto 2025	Corteno Golgi (BS)
	1 ^a e 2 ^a media	Dal 28 Luglio al 03 Agosto 2025	Corteno Golgi (BS)
	3 ^a media e 1 ^a superiore	Dal 20 al 26 Luglio 2025	San Vito di Cadore (BL)
	2 ^a , 3 ^a e 4 ^a superiore	Dal 05 al 09 Agosto 2025	Napoli

DESCRIZIONE	Opzioni	
	SI	NO
Deve seguire delle limitazioni di dieta? Se "si" quali?	☐	☐
Deve prendere regolarmente dei FARMACI? Se "si" quali?	☐	☐
Ha frequenti DOLORI DI TESTA? Se "si", passano spontaneamente? SI NO Se non passano che FARMACI DEVE ASSUMERE?	☐	☐
Ha frequenti DOLORI DI PANCIA? Se "si", passano spontaneamente? SI NO Se non passano che FARMACI DEVE ASSUMERE?	☐	☐
Ha altri FREQUENTI DOLORI? Se "si", quali? Se "si", passano spontaneamente? SI NO Se non passano che FARMACI DEVE ASSUMERE?	☐	☐
Ha facilità di VOMITO (per esempio, il mal d'auto)?	☐	☐
Ha avuto in passato EMORRAGIE ripetute al NASO?	☐	☐
Ha manifestate reazioni di tipo ALLERGICO? Se "si", che tipo di manifestazioni?	☐	☐

Ha mai manifestato reazioni di tipo ASMATICO? Se "sì", che tipo di manifestazioni?	☐	☐
Ha mai manifestato infiammazioni della pelle (come DERMATITE, ECZEMA o ORTICARIA) dopo la ingestione o il contatto con ALIMENTI? Se "sì", quali alimenti?		
Ha spesso i sintomi del RAFFREDDORE STAGIONALE?	☐	☐
Ha mai manifestato reazioni di INTOLLERANZA A FARMACI? Se "sì", a quali farmaci? Con manifestazioni di che tipo? CHE FARMACI USARE IN ALTERNATIVA?	☐	☐
Ha mai manifestato REAZIONI "IMPORTANTI" in seguito alla PUNTURA D'INSETTI? Se "sì", quali reazioni locali? (gonfiore, dolore, arrossamento etc) Se "sì", quali reazioni generali? (pallore, capogiro etc.)	☐	☐
Ha subito INIEZIONI DI SIERO (antistaminico e/o antiofidico)?	☐	☐
Comunicazioni in merito alle malattie IN CORSO:		
Comunicazioni relative a CURE ed ATTENZIONI PARTICOLARI:		

Il presente documento, che può contenere dati sensibili, ha, quale scopo primario, di garantire, agli iscritti al campo scuola, un soggiorno quanto mai sereno. I dati in esso contenuti saranno trattati in osservanza alla normativa sulla "Privacy", e la conoscenza degli stessi sarà circoscritta, a seconda delle necessità, al personale o volontari addetti alla cucina o all'Educatore di riferimento. Il Responsabile del trattamento dei dati sulla normativa Privacy è Il Parroco Pro-tempore, al quale, con la sottoscrizione del presente modulo di "Informazioni Sanitarie" del minore, viene data sin d'ora autorizzazione a divulgare le informazioni contenute al PERSONALE delle Strutture Sanitarie, MEDICO e/o PARAMEDICO, qualora necessario.

Data

Firma dei Genitori (o Tutore Legale)

DA NON DIMENTICARE DI:

ALLEGARE COPIE (fronte/retro) DELLA TESSERA SANITARIA E DELLA CARTA D'IDENTITA' DEL PARTECIPANTE