MODULO INFORMAZIONI MEDICO SANITARIE

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) …… tel ……

in qualità di genitore e/o tutore legale del minore (Cognome e Nome) ……classe……..

dichiara, sotto la propria responsabilità, che il minore è nelle condizioni fisiche idonee per poter svolgere le attività previste dal progetto, informa gli accompagnatori del seguente stato di salute fisica ed emotiva dello stesso e ne autorizza il trattamento dei dati ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679.

Il genitore/tutore dichiara, sotto la propria responsabilità, di delegare, ove necessario, i docenti ad accompagnare il minore al pronto soccorso.

Nel caso di allergie e di patologie/problematiche importanti richiediamo certificato del medico di famiglia
Allergie e/o intolleranze e/o esigenze alimentari?
Allergie di altro tipo
Terapie mediche in corso? (Indicare e consegnare terapie al docente stabilendo modalità di somministrazione)
Mal d'auto?
Problemi cardiaci?
Pressione alta/bassa?
Assodato che in caso di necessità vi contatteremo prima di somministrare un farmaco, quali farmaci assume in caso di febbre mal di testa mestruazioni
Altre informazioni importanti circa l'autonomia del ragazzo/a utili per la sicurezza fisica ed emotiva del/la minore

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA DEL MINORE

Data_____ Firma dei genitori

_____

_____