

**AUTOCERTIFICAZIONE**

**SULLO STATO DI SALUTE**

**per la partecipazione alla colonia estiva**

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

Le informazioni che vi vengono richieste ci servono per offrire a vostro/a figlio/a un soggiorno sicuro e confortevole presso la nostra colonia: per questo vi preghiamo di voler compilare completamente ed esattamente ogni parte, indicandoci quanto richiesto in modo esaustivo e completo (in caso di dubbi potete richiedere al medico curante di assistervi nella compilazione). I dati saranno trattati in maniera confidenziale e non verranno divulgati. Gli stessi potranno essere sottoposti al personale medico in caso di ricovero presso un ospedale.

Colonia che si svolgerà a Rodi-Fiesso (Valle Leventina) dal **…………….** al ………………  
organizzata dalle Colonie dei Sindacati di Bellinzona.

**Cognome e nome del partecipante**:

Data di nascita: Sesso: 🔾 maschio 🔾 femmina

Domicilio: Paternità:

Assicurazione malattia e infortuni:

*🡺 (consegnare la tessera “Cassa malati” all’arrivo in colonia)*

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

Cognome e nome:

Parentela / Ruolo:

Telefono privato: Telefono cellulare:

Telefono lavoro: Altro recapito:

**Medico curante del partecipante:**

Cognome e nome:

Telefono studio: Località:

**ALLERGIE**

**SI NO** Se sì, specificare:

01) Allergie a medicamenti 🔾 🔾

02) Altre allergie (piante, animali,…) 🔾 🔾

**ALIMENTAZIONE**

**SI NO** Se sì, specificare:

03) Allergie o intolleranze alimentari 🔾 🔾

04) Diabete (deve misurare la glicemia?) 🔾 🔾

04) Celiachia 🔾 🔾

05) Vegetariano / Vegano 🔾 🔾

06) Cibi vietati per motivi religiosi/culturali 🔾 🔾

07) Segue una dieta speciale 🔾 🔾 *Se sì, allegare.*

Altre indicazioni:

**STATO GENERALE, SALUTE**

**SI NO** Se sì, specificare:

08) Asma o altri disturbi respiratori 🔾 🔾

09) Epilessia 🔾 🔾

10) Disturbi del sonno 🔾 🔾

11) Porta occhiali o lenti a contatto 🔾 🔾

12) Porta apparecchi/protesi dentali 🔾 🔾

13) Porta apparecchi acustici 🔾 🔾

14) Soffre di enuresi diurna o notturna 🔾 🔾

15) E’ vaccinato contro il tetano 🔾 🔾 🡺 ***copia certificato vaccinazione !***

16) Sa nuotare, con/senza braccioli 🔾 🔾 🡺 ***se con braccioli, portarli in colonia !***

17) Attività fisiche che non può fare 🔾 🔾

Altre indicazioni:

**TERAPIA FARMACOLOGICA**

**SI NO** Se sì, specificare:

18) Assume dei farmaci 🔾 🔾 *Se sì, compilare la tabella seguente.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Farmaco** | Posologia (dosaggio preciso) | | | Quando somministrare | A cosa serve |
| Mattino | Mezzodì | Sera |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Provvedere a una scorta adeguata per la durata del soggiorno! | | | | | |

19) E’ autonomo nel prendere i farmaci? 🔾 🔾

**In colonia non vengono conservati e somministrati farmaci “generici” (es. antidolorifici, pastiglie per il mal di gola, ecc.). Se ritenete che possano necessitare a vostro figlio, vi preghiamo di equipaggiarlo con una trousse con questi medicamenti.**

**COMPORTAMENTO**

**SI NO** Se sì, specificare:

20) Disturbi del comportamento 🔾 🔾

21) Altre particolarità da segnalare 🔾 🔾

(es. perde facilmente l’autocontrollo, reagisce in modo esagerato in determinate situazioni, …)

Come comportarsi in caso si manifestino:

**OSSERVAZIONI**

**SI NO** Se sì, specificare:

22) Ulteriori informazioni, osservazioni 🔾 🔾

**DOCUMENTI ALLEGATI ALL’AUTOCERTIFICAZIONE**

🞏 Copia della cartella di vaccinazione

🞏 Copia del certificato sulle allergie

🞏 Dieta speciale

🞏 Certificati medici specifici

🞏 Ricetta medica / spiegazione del medico per assunzione terapie farmacolgiche

🞏

🞏

**DA CONSEGNARE IN COLONIA**

🡺 Tessera cassa malati

🡺 Terapia farmacologica

🡺 Trousse con farmaci personali generici

🡺 Cibi speciali per intolleranze/allergie

**Cognome e nome di chi ha compilato l’autocertificazione:**

Data: Firma:

Il certificato deve essere compilato e rispeditoci entro le due settimane precedenti l’arrivo in colonia all’indirizzo:

**Colonie dei Sindacati, CP 1211 – 6501 Bellinzona**