

## SCHEDA SANITARIA DEL MINORE

**da compilare a cura dell'esercente la responsabilità genitoriale e consegnare all'inizio del Camp in occasione del PRIMO INGRESSO**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

n° tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)

Medico curante \_\_\_\_\_

libretto sanitario numero \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

### Si prega di indicare le Malattie pregresse

	Sì	No
Morbillo		
Varicella		
Rosolia		
Parotite		
Pertosse		
Scarlattina		
Mani-Bocca-Piedi		
V-VI Malattia		
Mononucleosi		

Vaccinazioni	Barrare Sì - No		Data ultimo richiamo
	Sì	No	
Difterite – Tetano - Pertosse			
Poliomelite			
Epatite B			
Emofilo B (HIB)			
Morbillo – Parotite – Rosolia			
Pneumococco			
Varicella			

Si prega di segnalare eventuali allergie	Specificare reazione allergica
Farmaci	
Muffe	
Veleno Insetti	
Pollini	
Alimenti	
Altro	

Altro \_\_\_\_\_

**DA PORTARE AL CAMP COMPILATA E FIRMATA**

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso :

In caso di bisogno segnalare i farmaci comunemente somministrati

Barrare se il partecipante è portatore di:

Apparecchio ortodontico	
Apparecchi acustici	
Occhiali	

**DA CONSEGNARE AL CAMP:**

\* Il Certificato medico sportivo per l'idoneità alla pratica non agonistica rilasciato dal Medico Curante agonistica oppure

\* Il Certificato medico per l'idoneità alla pratica sportiva

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_),

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_,

esercente la responsabilità genitoriale del minore

**DICHIARA**

**che il minore non ha contratto malattie infettive negli ultimi 10 giorni e non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità tali da precludere l'ammissione dello stesso in comunità.**

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Riconosco che i dati sanitari raccolti attraverso la presente SCHEDA SANITARIA e quelli che saranno eventualmente raccolti nel corso dello Juventus Summer Camp, saranno trattati da Juventus secondo quanto precisato nell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito [www.juvesummercamp.com](http://www.juvesummercamp.com) che dichiaro di avere letto all'atto della presentazione del modulo di iscrizione allo Juventus Summer Camp e acconsento al trattamento dei dati sanitari del minore per le finalità previste nella suddetta informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DA PORTARE AL CAMP COMPILATA E FIRMATA**