



AUTOCERTIFICAZIONE - CARTELLA MEDICA SANITARIA

DATI PERSONALI DELL'ISCRITTO

Cognome		Nome	
Residente a		In Via	
C.A.P.		Nato a	
il		Codice Fiscale	
Tessera Sanitaria		Turno	Selvino BasketBall Camp 12-18 giugno

DATI E DICHIARAZIONE DEL GENITORE

Cognome		Nome	
Tel. casa		Tel. Ufficio	
cellulare		e-mail	

TERAPIE IN CORSO (allegare eventuale documentazione scritta):

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI:

DIETA SPECIALE (specificare motivazioni)

PEDICULOSI: PRESENZA LENDINI - PIDOCCHI

Il minore presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto? **SI** **NO**

Il minore ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase contagiosa? **SI** **NO**

Il genitore dichiara sotto la propria responsabilità che il minore iscritto al Selvino Camp Lussana è in buono stato di salute ed è anche di sana e robusta costituzione fisica per svolgere attività sportiva non agonistica? **SI** **NO**

Dopo accurata analisi si accerta che l'iscritto non presenta alcun segnale di pediculosi.

Data di compilazione: _____

Firma del genitore: _____

modulo da caricare su drive, seguirà link apposito