

Scheda di autocertificazione della condizione medico sanitaria del partecipante

Nome e Cognome del partecipante: _____

Località campo scelto: _____

Periodo campo scelto: _____

Dieta

Hai bisogno di una dieta particolare?	Sì ☐ No ☐
Se si specifica	
Ci sono cibi che non puoi mangiare?	Sì ☐ No ☐
Se si specifica	

Allergie

Hai allergie a:

Cibo	Sì ☐ No ☐	Se si specifica:
Punture di insetto	Sì ☐ No ☐	Se si specifica:
Medicinali	Sì ☐ No ☐	Se si specifica:
Altro	Sì ☐ No ☐	Se si specifica:
Porti con te il kit salvavita per shock anafilattico?	Sì ☐ No ☐	Se si specifica il contenuto:

Medicinali

Che medicinali dovrebbero esserti somministrati in caso di reazione allergica?	
--	--

Cure

Segui una cura medica? Specifica il tipo di farmaco che assumi e con che frequenza.*	
--	--

*Ricorda di portare le dosi necessarie per tutta la durata del campo

Bisogni specifici

Hai bisogni specifici o necessiti di un supporto specifico	Sì ☐ No ☐
Se si specifica:	

Storia medica

Hai problemi medico/sanitari ricorrenti o condizioni di salute croniche?

☐ Anemia	☐ Disordini alimentari	☐ HIV	☐ Emicrania
☐ Asma	☐ Disordini ormonali	☐ Disturbi psicotici	☐ Limitazioni alla mobilità
☐ Autismo	☐ Diabete	☐ Disabilità nell'apprendimento	☐ Problemi motori
☐ Malattie autoimmunitarie	☐ Problemi legati alla tiroide	☐ Disturbi mentali	☐ Problemi neurologici
☐ Problemi cardiovascolari	☐ Attacchi di panico	☐ Disturbi epilettici	☐ Problemi gastrointestinali
☐ Depressione	☐ Disturbi del sonno	☐ Ipertensione	☐ Problemi di udito

Soffri o hai sofferto dipendenze da alcol o droga	Sì ☐ No ☐
Se si specifica:	

Gruppo sanguigno	
------------------	--

Dichiaro che tutte le informazioni rilasciate sono vere, accurate e complete, e comunicherò ai referenti del campo ogni cambiamento rilevante rispetto a quanto dichiarato. Sono cosciente che l'incompletezza o la falsità delle informazioni dichiarate, potrebbe intaccare l'esperienza sul campo ed in alcuni casi determinare l'interruzione forzata della stessa.

Firma del partecipante se maggiorenne o del genitore/tutore legale
in caso di non compimento della maggior età alla data di inizio del campo

Luogo e data
