



SCHEDA SANITARIA A CURA DEL MEDICO

Da compilarsi nei 7 giorni che precedono la partenza da un medico, ai sensi della circolare N.6 del 20/4/2000 del Ministero della Sanità e da consegnare all'Ente Gestore.

COGNOME _____ NOME _____

SOGGIORNO SCELTO _____ GIORNO DI PARTENZA _____

Dati relativi al bambino (da compilarsi a cura del genitore)

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ (prov.) _____ tel: _____

Via/P.zza _____ n° _____

A.S.L. n° _____ Codice Fiscale _____

Familiare che ha presentato la domanda per l'iscrizione

Sig _____ grado di parentela _____

Telefono cellulare _____ Tel. fisso _____

(Da compilarsi a cura del medico curante)

Malattie pregresse

morbillo	si no	vaccinato si no
varicella	si no	vaccinato si no
rosolia	si no	vaccinato si no
parotite	si no	vaccinato si no
pertosse	si no	vaccinato si no
scarlattina	si no	vaccinato si no

Allergie:

Alimentari (in caso di diete speciali specificare gli alimenti vietati)

Farmacologiche (in caso di allergie farmacologiche specificare i farmaci alternativi a quelli in causa)

Varie (pollini, graminacee, polveri muffe, veleno insetti, etc)

Frasi S.r.l. info@frasiformazione.it
Sede legale: Via Merulana, 272 pec:frasi.srl@pec.it
00185 Roma (RM) www.frasiformazione.it
Tel. 06.97841205 Fax. 06.56562840 P.IVA 09504521007



Certificato N. IT280447



Patologie in atto: _____

Terapie in corso: _____

Dieta speciale per intolleranze alimentari: _____

Esame obiettivo del medico curante: _____

Notizie per il direttore del soggiorno _____

È portatore di:

apparecchio ortodontico SI NO

apparecchio acustico SI NO

occhiali SI NO

scarpe ortopediche SI NO

altro _____

Soffre di:

crisi acetonemiche SI NO

insonnia SI NO

sonnambulismo SI NO

enuresi notturna/diurna SI NO

altro _____

In caso di crisi, quali farmaci devono essere somministrati? _____

È stato effettuato il ciclo completo delle seguenti vaccinazioni? Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo:

Antitetanica	SI	NO	
Antidifterica	SI	NO	
Antipolio	SI	NO	
Antiepatite B	SI	NO	
Antimorbillosa	SI	NO	
Antitifica orale (facoltativa)	SI	NO	

Il/La minore 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/a stesso/a in comunità.

Al fine di individuare eventuali forme di parassitosi del cuoio capelluto in forma sintomatica si richiede la valutazione del medico curante per consentire al bambino la completa fruizione della vacanza.

Data _____

_____ timbro con codice e firma del medico curante



REGOLE DI COMPORTAMENTO E PATTO DI CORRESPONSABILITA'

Durante il soggiorno i partecipanti saranno sempre seguiti dal nostro staff a cui potranno rivolgersi per qualsiasi problema.

Per permettere a tutti di vivere un'esperienza positiva viene richiesto ai partecipanti il rispetto degli altri, delle strutture e delle misure precauzionali previste per far in modo che il periodo di soggiorno sia per tutti all'insegna del benessere fisico e mentale:

- rispettare compagni, staff e personale della struttura;
- rispettare etnie e religioni diverse;
- rispettare gli orari delle attività;
- trattare con cura la propria stanza e gli spazi comuni;
- non uscire all'esterno della struttura senza l'autorizzazione dello staff;
- usare il cellulare solo nell'orario e nei luoghi prestabiliti;
- non ospitare in camera persone esterne o partecipanti del sesso opposto;
- non fumare in struttura o durante le attività organizzate;
- non acquistare o consumare alcolici o droghe;
- rispettare le indicazioni sanitarie e i protocolli di prevenzione rispetto al Covid-19 sia prima che durante il soggiorno;

In caso di infrazioni saranno contattati i genitori ed in base alla gravità sarà valutato il rientro immediato del partecipante, a spese dello stesso.

Firma partecipante

Firma genitore
