



ALLEGATO B

SCHEDA SANITARIA, MODULO INTOLLERANZE ALIMENTARI, ALLERGIE E MEDICINALI

Autocertificazione: condizioni di salute del bambino devono essere considerate con l'aiuto del pediatra di libera scelta, anche per l'eventuale segnalazione della necessità di applicare misure protettive aggiuntive individualizzate

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Residente a _____ in Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Indirizzo di posta elettronica _____

Genitore/Tutore del minore:

(Cognome e nome) _____ C.F. _____

DICHIARA

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare nello spazio sottostante la/e allergia/e):

- _____
- che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali (sotto il controllo di un responsabile e secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata: in questo caso allegare prescrizione medica con indicazioni terapeutiche):

Farmaco _____ posologia _____

Farmaco _____ posologia _____

FARMACI ABITUALI IN USO: _____

Misure protettive necessarie: _____

NOTE: _____

Privacy

Autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016 (Regolamento Europeo della Privacy e Gestione dei Dati Personali) e successive modifiche. Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati da parte del personale, anche medico e paramedico a cui verranno eventualmente trasmessi, nel rispetto della vigente legge sulla privacy.

Data _____

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

Il presente modulo ha validità nei centri di Gallarate, Cavaria con Premezzo e Jerago con Orago, organizzati dalle seguenti società:



INSUBRIA GALLARATE A.P.D. - CF:91069390127 PI: 03693690129

S.L: Via Pegoraro, 2 - 21013 GALLARATE

www.insubriagallarate.it - mail: vollev@insubriagallarate.it

www.insubriavolley.it - mail: segreteria@insubriagallarate.it