

SCHEDA INFORMATIVA COLONIE MARINE 2024_ MINORI 6-14 ANNI

G
E
N
I
T
O
R
E

Il/la sottoscritto/a
 nato/a a il
 tel.
 e-mail C.F.

nella qualità di genitore del/della minore:

M
I
N
O
R
E

Nome..... Cognome.....
 nato/a a il
 residente a in via/piazza
 n° cap cod. fiscale

- Data dell'ultima vaccinazione antitetanica

	SI	NO
--	----	----
- Deve seguire limitazioni della dieta?
 Quali?.....

	SI	NO
--	----	----
- Deve prendere dei farmaci regolarmente?
 Quali e quando?.....

	SI	NO
--	----	----
- Ha frequentemente dolori: - di testa? - di pancia?
 se si passano spontaneamente o usa prendere delle medicine?

	SI	NO
--	----	----
- Ha facilità al vomito?

	SI	NO
--	----	----
- Ha avuto in passato emorragie abbondanti e/o ripetute?
 - dal naso?

	SI	NO
--	----	----
- sanguinamento eccessivo da ferite?

	SI	NO
--	----	----
- Ha manifestazioni di tipo allergico?

	SI	NO
--	----	----
- asma?

	SI	NO
--	----	----
- raffreddori "da fieno"?

	SI	NO
--	----	----
- eczema o orticaria da alimenti?

	SI	NO
--	----	----
- se altri, quali?.....
- Ha avuto reazioni importanti da punture di insetti?

	SI	NO
--	----	----
- se si:

	SI	NO
--	----	----
- locali (gonfiore, dolore, arrossamenti)?

	SI	NO
--	----	----
- generali (pallore, capogiro, svenimento)?

	SI	NO
--	----	----
- Ha avuto mai episodi di epilessia, convulsioni?

	SI	NO
--	----	----
- Soffre di mal d'auto?

	SI	NO
--	----	----
- Nuota senza ausilio di materiali galleggianti?

	SI	NO
--	----	----
- Altre informazioni utili _____

DATA.....

FIRMA