

# SCHEDA SANITARIA



DA CONSEGNARE AL CENTRO FEDERALE IL GIORNO DI ARRIVO (il suddetto modulo sarà riconsegnato al genitore o legale rappresentante, il giorno della partenza)

ALLIEVO/A \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

REPERIBILITA' GENITORI TELEFONI \_\_\_\_\_ CELLULARI \_\_\_\_\_

TESSERA SANITARIA N° \_\_\_\_\_

PRESENTA LE SEGUENTI ALLERGIE \_\_\_\_\_

EVETUALI TERAPIE IN ATTO \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

SOFFRE DI ENURESIS NOTTURNA  SI  NO In caso affermativo dotare l'allievo di traversina cerata

## SITUAZIONE VACCINALE

HA EFFETTUATO TUTTE LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE?  SI  NO

BARRARE IL SI IN CASO DI VACCINAZIONE

Tifo e paratifo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Morbillo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Parotite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rosolia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Epatite B	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pertosse	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Difterite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Scarlattina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Varicella	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE  
O DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTA'

EVENTUALE FIRMA DEL MEDICO CURATE

.....

.....

**NOTA INFORMATIVA SULLA PRIVACY** CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART.23 DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.LGS. 196/03-C.D. "CODICE PRIVACY")

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI GENITORE O LEGALE RAPPRESENTANTE DEL MINORE ESPRIME IL LIBERO ED INFORMATO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI PERSONALI E DEI DATI PERSONALI (IVI INCLUSI, EVENTUALMENTE, QUELLI C.D. "SENSIBILI" ) RELATIVI AL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A PER L'ESPLETAMENTO DELLE OPERZIONI AMMINISTRATIVE FINALIZZATE ALL'AMMISSIONE , ALLA GESTIONE E ALL'ORGANIZZAZIONE DEL SOGGIORNO SPORTIVO. AI SENSI DELL'ART. 13 DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI, TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI DA LEI FORNITI SARA' ESCLUSIVAMENTE IL PERSONALE SANITARIO PRESENTE PRESSO IL CENTRO.

LUOGO E DATA SOTTOSCRIZIONE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**IN DIFETTO DEL CONSENSO QUI PREVISTO L'ISCRIZIONE NON POTRA' AVERE SEGUITO**