



### **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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se si specifica	
Ci sono cibi che non puoi mangiare?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se si specifica	

#### **Allergie**

Hai allergie a:

Cibo	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se si specifica:
Punture di insetto	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se si specifica:
Medicinali	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se si specifica:
Altro	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se si specifica:
Porti con te il kit salvavita per shock anafilattico?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se si specifica:	

### Storia medica

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

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

Soffri o hai sofferto dipendenze da alcol o droga	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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

---