

## SCHEDA SANITARIA DEL MINORE

**da compilare a cura dell'esercente la responsabilità genitoriale e consegnare all'inizio del Camp in occasione del PRIMO INGRESSO**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

n° tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)

Medico curante \_\_\_\_\_

libretto sanitario numero \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

### Si prega di indicare le Malattie pregresse

|                  | Sì | No |
|------------------|----|----|
| Morbillo         |    |    |
| Varicella        |    |    |
| Rosolia          |    |    |
| Parotite         |    |    |
| Pertosse         |    |    |
| Scarlattina      |    |    |
| Mani-Bocca-Piedi |    |    |
| V-VI Malattia    |    |    |
| Mononucleosi     |    |    |

| Vaccinazioni                  | Barrare Sì - No |    | Data ultimo richiamo |
|-------------------------------|-----------------|----|----------------------|
|                               | Sì              | No |                      |
| Difterite – Tetano - Pertosse |                 |    |                      |
| Poliomelite                   |                 |    |                      |
| Epatite B                     |                 |    |                      |
| Emofilo B (HIB)               |                 |    |                      |
| Morbillo – Parotite – Rosolia |                 |    |                      |
| Pneumococco                   |                 |    |                      |
| Varicella                     |                 |    |                      |

| Si prega di segnalare eventuali allergie | Specificare reazione allergica |
|--|--------------------------------|
| Farmaci                                  |                                |
| Muffe                                    |                                |
| Veleno Insetti                           |                                |
| Pollini                                  |                                |
| Alimenti                                 |                                |
| Altro                                    |                                |

Altro \_\_\_\_\_

**DA PORTARE AL CAMP COMPILATA E FIRMATA**

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso :

In caso di bisogno segnalare i farmaci comunemente somministrati

Barrare se il partecipante è portatore di:

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Apparecchio ortodontico |  |
| Apparecchi acustici     |  |
| Occhiali                |  |

**DA CONSEGNARE AL CAMP:**

\* Il Certificato medico sportivo per l'idoneità alla pratica non agonistica rilasciato dal Medico Curante agonistica oppure

\* Il Certificato medico per l'idoneità alla pratica sportiva

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_),

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_,

esercente la responsabilità genitoriale del minore

**DICHIARA**

**che il minore non ha contratto malattie infettive negli ultimi 10 giorni e 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 stesso in comunità.**

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Riconosco che i dati sanitari raccolti attraverso la presente SCHEDA SANITARIA e quelli che saranno eventualmente raccolti nel corso dello Juventus Camp, saranno trattati da Juventus secondo quanto precisato nell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito [camp.juventus.com](http://camp.juventus.com) che dichiaro di avere letto all'atto della presentazione del modulo di iscrizione allo Juventus Camp e acconsento al trattamento dei dati sanitari del minore per le finalità previste nella suddetta informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DA PORTARE AL CAMP COMPILATA E FIRMATA**