

MODULO DI ISCRIZIONE
CENTRO ESTIVO presso Scuola primaria di Fogliano

TURNI SCELTI _____

Nome e Cognome _____ Data Nascita _____

Residente a _____ via _____

Padre _____ tel. lavoro _____

E-mail _____ cell _____

Madre _____ tel. lavoro _____

E-mail _____ cell _____

Patria potestà: Padre Madre Entrambi Altro: _____

Altro recapito telefonico _____

Orario di entrata al centro estivo _____ orario di uscita _____

Scuola di provenienza _____

Ci sono alimenti che rifiuta? sì no

Se sì quali? _____

Delega al ritiro

Delegato al ritiro di mio figlio/a presso il centro estivo presso la scuola primaria di Fogliano è il

Sig./Sig.ra _____

Autorizzazione alle escursioni

Autorizzo mio figlio/a a partecipare alle uscite/escursioni che saranno organizzate presso il centro estivo alla Scuola Primaria di Fogliano.

INFORMAZIONI CHE GLI OPERATORI DEL CENTRO ESTIVO DOVREBBERO SAPERE:

Il Sottoscritto genitore si impegna a versare la quota settimanale.

SCHEDA SANITARIA PER MINORI
(Legge regionale n° 247/18)

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale: _____

Medico Curante: _____ AUSL: _____

VACCINAZIONI E MALATTIE PREGRESSE

Difterite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
Diphtheria		No <input type="checkbox"/>		
Tetano	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
Tetanus		No <input type="checkbox"/>		
Poliomielite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
Poliomyelitis		No <input type="checkbox"/>		
Epatite B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Hepatitis B		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Pertosse	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Pertussis		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Emofilo b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Haemophilus b		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Morbillo	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Measles		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Parotite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Mumps		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Rosolia	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Rubella		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Varicella		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Pneumococco	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Pneumococcal		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Meningococco C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Meningococcal C		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>

ALLERGIE

Elenco	Specificare
FARMACI	
POLLINI	
POLVERI	
MUFFE	
INSETTI	

INTOLLERANZE ALIMENTARI

Elenco	Specificare

ALTRO: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto.*data**Firma del genitore o di
chi esercita la
responsabilità
genitoriale*
