



Allegato al contratto

AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute

Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale del bambino/a, ragazzo/a che frequenta il centro extrascolastico MIRA. Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del personale educativo del centro e saranno trattate in modo confidenziale.

Nome e Cognome _____

P.f. rispondere alle seguenti domande	SI	NO	Se si, specificare
1. Allergie a medicinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Altre allergie (cibo, piante, animali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Asma o altri disturbi respiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Altre malattie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Disturbi del comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Porta occhiali o lenti a contatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Porta apparecchi/protesi dentali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Segue una dieta speciale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Ci sono attività fisiche che non può fare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. È vaccinato contro il tetano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
p.f. unire fotocopia del certificato di vaccinazione			
14. Assume farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Se si, provvedere ad una scorta adeguata alla durata della frequenza			

Nome del farmaco	Dosaggio (es.: 1 pastiglia al mattino)

15. E' autonomo nel prendere i farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Altre particolarità da segnalare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

In fede

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione _____

Luogo e data _____ Firma _____