

**fondazione
zerosedici**



Allegato al contratto

AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute

Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale del bambino 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 sì, specificare
1. Allergie a medicinali	☐	☐	
2. Altre allergie (cibo, piante, animali)	☐	☐	
3. Asma o altri disturbi respiratori	☐	☐	
4. Diabete	☐	☐	
5. Epilessia	☐	☐	
6. Altre malattie	☐	☐	
7. Disturbi del sonno	☐	☐	
8. Disturbi del comportamento	☐	☐	
9. Porta occhiali o lenti a contatto?	☐	☐	
10. Porta apparecchi/protesi dentali?	☐	☐	
11. Segue una dieta speciale?	☐	☐	
12. Ci sono attività fisiche che non può fare?	☐	☐	
13. È vaccinato contro il tetano?	☐	☐	
p.f. unire fotocopia del certificato di vaccinazione			
14. Assume farmaci?	☐	☐	
Se sì, provvedere ad una scorta adeguata alla durata della frequenza			

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

15. È autonomo nel prendere i farmaci?	☐	☐	
16. Altre particolarità da segnalare	☐	☐	

In fede

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione:

Luogo e data: Firma: