
Deve praticare particolari diete alimentari?	SI	NO
--	----	----

Descrivere:

Dovrà assumere farmaci?	SI	NO
-------------------------	----	----

Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria

Reperibilità dei familiari durante il musicampus:

Tel.	Cell.
------	-------

Data: Firma di uno dei genitori

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità la scheda verrà custodita dai Responsabili e verrà distrutta alla fine dell'evento.

Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

Data: Firma di uno dei genitori

Allegare:

- 1) In caso di malattie croniche copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria;
- 2) Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai responsabili i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo.