

Modulo allievi maggiorenni – V5bis

COGNOME NOME ALLIEVO/A _____ CLASSE _____

NATO/A A _____ RESIDENTE _____

TEL. 1 _____

TEL. 2 _____

TEL. 3 _____

***Indicare il contatto di un genitore, altro esercente la potestà genitoriale o familiare da contattare in caso di emergenza; è possibile (e consigliato) indicare sino a tre recapiti).**

1) SCHEDA SANITARIA

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

di non soffrire di alcuna patologia

Autorizzo in ogni caso gli accompagnatori a somministrarmi, in caso di necessità, antidolorifici e/o antifebbrili, analgesici, medicinali usuali di primo soccorso come disinfettanti, pastiglie per il mal di gola, tosse, mal d'auto etc. (se ritenuto opportuno, indicare eventuali farmaci abitualmente per tali patologie):

(oppure)

di soffrire delle seguenti intolleranze medicinali e di dovere pertanto osservare i seguenti comportamenti ed assumere i seguenti farmaci come di seguito riportato:

di soffrire delle seguenti allergie/intolleranze alimentari e di NON dovere pertanto assumere i seguenti prodotti:

Eventuali ulteriori indicazioni a carattere precauzionale:

di seguire la seguente dieta speciale (specificare tipo di dieta e alimenti da NON assumere)

Firma dell'allievo/a
