

# MODULO SEGNALAZIONE CONDIZIONI MEDICHE, ALLERGIE E INTOLLERANZE

## Dati del Partecipante

- Nome e Cognome: \_\_\_\_\_
  - Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - Residente a: \_\_\_\_\_
  - Via: \_\_\_\_\_
  - CAP: \_\_\_\_\_
- 

## Informazioni Mediche

- Il partecipante soffre di particolari patologie?
  - No
  - Sì, specificare: \_\_\_\_\_
- È soggetto a reazioni allergiche?
  - No
  - Sì, specificare: \_\_\_\_\_
  - Tipologia di reazione (cutanea, respiratoria, anafilassi, ecc.): \_\_\_\_\_
  - Terapia da seguire in caso di reazione: \_\_\_\_\_
- Il partecipante ha intolleranze alimentari?
  - No
  - Sì, specificare: \_\_\_\_\_
- Assume farmaci in modo regolare?
  - No

- Sì, specificare farmaco e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_
- 

## Contatti di Emergenza

- Nome e Cognome del Genitore/Tutore: \_\_\_\_\_
  - Telefono: \_\_\_\_\_
  - E-mail: \_\_\_\_\_
  - Medico Curante (facoltativo): \_\_\_\_\_
  - Numero di emergenza alternativo: \_\_\_\_\_
- 

## Consenso Informato

Dichiaro che le informazioni sopra riportate sono veritiere e autorizzo il personale del Campus a intervenire in caso di necessità medica, prestando il primo soccorso e, se necessario, contattando il pronto intervento.

**Firma del Genitore/Tutore:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

