

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: ____ / ____ / _____