**CASUCCIA VISANI**

Unione Chiese Cristiane Avventiste del Settimo Giorno

SCHEDA SANITARIA INFORMATIVA

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* MASCHIO
* FEMMINA

INFORMAZIONI MEDICHE:

Segui un trattamento medico? Si No

ALLERGIE: ASMA Si No

MEDICINALI Si No

ALIMENTARI Si No

ALTRI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Precisare la causa delle allergie e il comportamento/procedura da tenere .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

SCRIVERE QUI: Difficoltà di salute (malattie, incidenti, crisi convulsive, ricoveri, operazioni chirurgiche, riabilitazioni) con date e precauzioni da prendere. ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

CONTATTO DI UNA PERSONA IN CASO DI NECESSITA’

NOME .................................................................................

COGNOME ...............................................................................

INDIRIZZO …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Telefono Casa ........................................................ Cellulare..............................................................................

**AUTOCERTIFICAZIONE DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE FISICA**

La/Il sottoscritta/o ………………………………………………………………………………………………………………………

Nata/o a …………………………………………………………………………………………… Il ………………………………………

e residente a …………………………………………………… In via ………………………………………………………………….

C.F ……………………………………………………………………………………………………

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIO RESPONSABILITA’**

di godere di sana e robusta costituzione fisica e di sollevare l’organizzatore da qualsiasi responsabilità riguardo a eventuale falsa dichiarazione in proposito. Inoltre, solleva l’organizzatore da qualsiasi problema si dovesse presentare a causa di falsa dichiarazione.

Data………………………………………………….

Firma ………………………………………………..