



**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE
DYNAMO CAMP**

**SEZIONE 2 – INFORMAZIONI MEDICHE
(A cura del Medico di riferimento del bambino)**

PER CORTESIA COMPILATE TUTTO A MACCHINA O IN STAMPATELLO

NOME E COGNOME DEL BAMBINO: _____ **Data di nascita** _____

DIAGNOSI (Data della diagnosi):

Peso del bambino:

Altezza del bambino:

INDICAZIONI DIETETICHE:

IL BAMBINO È AL CORRENTE DELLA TIPOLOGIA DELLA SUA MALATTIA: SI__ NO__

ANAMNESI E STORIA MEDICA (Per cortesia inserite anche i dettagli che ritenete rilevanti per la partecipazione e la migliore assistenza del bambino al Camp):

ALTRE EVENTUALI PATOLOGIE:

Nome e Cognome del bambino _____ Data di nascita _____

MEDICINALI

Compilate di seguito o scrivete "NO" nel caso il bambino non faccia uso di farmaci.

FARMACO	POSOLOGIA (QUANTITÀ E FREQUENZA-ORARIO)	SOMMINISTRAZIONE (via orale, intravenosa, intramuscolare, sottocutanea..)

ALLERGIE A MEDICINALI (O FARMACI CHE NON SI DEVONO SOMMINISTRARE PER SPECIFICHE ESIGENZE):

ALLERGIE ALIMENTARI _____

Se Sì, ha mai avuto reazione/shock anafilattico?

Presenta disturbi pervasivi dello sviluppo a spettro autistico? _____

Ricordate che il bambino dovrà portare al Camp tutto il materiale a lui necessario (farmaci in quantità sufficiente, garze, bendaggi e altro) per tutto il periodo di soggiorno.

Prima della partenza vi verrà spedito un ulteriore formulario in cui potrete specificare tutte le eventuali variazioni che potrebbero essersi verificate nelle terapie del bambino.

INFORMAZIONI GENERALI

LIMITAZIONI DI NATURA FISICA ATTUALI E ALTRI PROBLEMI MEDICI (es. perdita della vista o dell'udito; amputazioni, utilizzo stampelle o carrozzina; asma, attacchi epilettici, iperattività, autismo, ansietà, fragilità ossea)

Il bambino/ragazzo può partecipare alle seguenti attività presenti al camp?

arrampicata Si ___ No ___ equitazione Si ___ No ___ tiro con l'arco Si ___ No ___

piscina Si ___ No ___ campeggio in oasi _____

Il bambino è stato sottoposto a interventi chirurgici?

Se sì specificare bene data e tipologia di intervento



Nome e Cognome del bambino _____

Data di nascita _____

Si prega di allegare una relazione scritta a macchina o in stampatello
per fornire ulteriori informazioni utili per una adeguata valutazione medica del bambino.

DICHIARAZIONE E CONTATTI DEL MEDICO

Ho visitato il minore sopra indicato ed a cui la presente scheda medica di riferisce e ritengo che sia fisicamente in grado di intraprendere le attività di Dynamo Camp

Data

Firma e Timbro del Medico

CONTATTI DEL MEDICO CHE HA COMPILATO I FORMULARI

NOME E COGNOME:

SPECIALIZZAZIONE (Pediatra, Oncologo, Ematologo..):

INDIRIZZO:

TEL:

TEL DI EMERGENZA/CELL:

EMAIL:

OSPEDALE DI RIFERIMENTO

REPARTO ED OSPEDALE:

INDIRIZZO:

TEL:

EVENTUALE ALTRO CONTATTO MEDICO: Dott./Dott.ssa

