



**SCHEDA SANITARIA DI AUTOCERTIFICAZIONE A CURA DELLA FAMIGLIA**  
**Da compilare 5 giorni prima dell'inizio dell'esperienza**

**DATI MINORE/I**

NOME .....

COGNOME .....

**INDICARE EVENTUALI:**

**Allergie** \_\_\_\_\_

**Intolleranze alimentari** \_\_\_\_\_

**Diete specifiche** \_\_\_\_\_

**Terapie in corso:**

O NO

O SI, specificare tipo e posologie

O Gestite autonomamente

---

---

---

**Vaccino antitetanico** - Indicare data dell'ultimo richiamo .....

Data

Firma

.....

.....

Chiediamo di segnalare qualsiasi situazione particolare sul minore per poter garantire interventi mirati

---

---

---

---