



**FILEF BASILICATA**  
SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

- 1- La presente scheda sanitaria, da consegnare all'arrivo alla Colonia Marina di Tarquinia Lido, dovrà essere compilata preferibilmente a cura dal proprio medico di famiglia oppure, in alternativa, a cura del genitore/tutore in regime di autocertificazione ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e con fotocopia documento di identità genitori/tutori.
- 2- Per la somministrazione di farmaci, è indispensabile allegare la prescrizione del proprio medico con precisa e leggibile posologia.
- 3- I farmaci forniti al ragazzo/a dalle famiglie verranno conservati in infermeria a cura del medico del soggiorno residente H24 in struttura che avrà cura di somministrarli.
- 4- **Si richiede accurato controllo della pediculosi per evitarne la diffusione.**
- 5- Allegare fotocopia della tessera sanitaria del minore fronte-retro (non portare al soggiorno tessera sanitaria originale) **OBBLIGATORIO**
- 6- È consigliato allegare fotocopia libretto vaccinale
- 7- **Allegare documentazione medica inerente patologie e terapie in corso (OBBLIGATORIA)**



**FILEF BASILICATA**  
SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

SCHEMA SANITARIA DEL MINORE  
COLONIA EAP TARQUINIA LIDO – ESTATE 2026

DATI DEL MINORE

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Indirizzo di residenza	
Comune di residenza	

CONTATTI GENITORI/RESPONSABILITÀ GENITORIALE

	Nome e Cognome	Recapito telefonico
Genitore		
Genitore		
Medico curante		

ALLERGIE

	specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture di insetti	
Altro (specificare casella a fianco)	

Intolleranze/patologie alimentari- Diete etiche/religiose: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Interventi chirurgici? Se sì, quali e in che anno:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**FILEF BASILICATA**  
SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esercente la responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_

**DICHIARA che il minore iscritto al soggiorno estivo EAP-Tarquinia Lido- Filef Basilicata Soc.Coop.Soc.**

**-ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie previste secondo decreto legge N. 119/2017 e successive modificazioni decreto legge N. 73 del 7 giugno 2017.**

**-ha effettuato ulteriori vaccinazioni consigliate ma non obbligatorie**

No

Sì

Quali \_\_\_\_\_

**-non risulta affetto da malattie trasmissibili**

**-non presenta manifestazione di pediculosi**

**Delego e autorizzo Filef Basilicata Soc. Coop. Soc., e le persone a tal fine da essa designate, ad assistere in mia vece il/la minore precedentemente indicato/a nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie ritenute necessarie dal MEDICO presente al soggiorno, comprese le prestazioni radiologiche dettate da urgenza, in caso di mia impossibilità ad essere presente o non reperibile.**

DICHIARO di aver preso visione e di ACCETTARE le condizioni generali di partecipazione e di quanto qui riportato.

Data

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale