**Soggiorno formativo ADVENTURE TRANING: UN VIAGGIO TRA CULTURA, NATURA, AVVENTURA, DIVERTIMENTO e BEN-ESSERE” a valere su fondi PR FSE+ REGIONE LAZIO**

**INFORMAZIONI MEDICO SANITARIE**

La nostra organizzazione svolge attività sia indoor che outdoor indipendentemente dalla condizione climatica ed i partecipanti sono coinvolti anche a livello fisico. Le attività solitamente vengono progettate tenendo conto delle esigenze e delle abilità fisiche dei partecipanti.

Tutto ciò premesso, vi chiediamo gentilmente di voler completare il modulo e di rispondere con accuratezza e completezza.

Il/i sottoscritto/a/i ( Nome e Cognome)…………………….………………………………………………….……………………….

In qualità di genitore/i e/o tutore/i legale del minore ( Nome e Cognome)………………………………………….

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che il minore è nelle condizioni fisiche idonee per poter svolgere attività ludico motorie ed eco sportive “dilettantistiche” nell’ambito del progetto, informa lo staff del seguente stato di salute fisica ed emotiva dello stesso e ne autorizza il trattamento dei dati ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679.

| **Nel caso di allergie e di patologie/problematiche importanti richiediamo certificato del medico di famiglia o sportivo di idoneità fisica per lo svolgimento di attività sportive dilettantistiche.** | SI o NO |
| --- | --- |
| Allergie? (Se sì, indicare ) **anche alimentari**  **Allergia**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Terapie Mediche in corso? (Se si indicare e consegnare terapie al docente stabilendo modalità di somministrazione durante il Campo)  **Terapia**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Ospedalizzazioni negli ultimi 2 anni? |  |
| Problemi cardiaci? |  |
| Pressione alta/bassa? |  |
| Casi di svenimento o giramento di testa? |  |
| Problemi al collo/schiena/spalla/ginocchio/caviglia o altre articolazioni |  |
| Altre patologie (diabete, epilessia, asma, …)?  **Patologie**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Altre informazioni importanti necessarie per la sicurezza fisica ed emotiva del/la minore  **Informazioni importanti**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dei genitori (entrambi)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_