



**SCHEMA SANITARIA  
RITIRO DI QUARESIMA  
DIOCESANO ACR 2026  
14/03 - 15/03 a FORNI AVOLTRI (UD)  
Azione cattolica Arcidiocesi di Gorizia**

(Ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 - GDPR i dati verranno trattati a norma di legge)

**Noi**

Cognome madre	
Nome madre	
Cellulare	
E-mail	

Cognome padre	
Nome padre	
Cellulare	
E-mail	

**genitori di**

Cognome figlia/o	
Nome figlia/o	
Nata/o a	
Il	
A	
Residente a	
In via	
MEDICO CURANTE	

**Comunichiamo le seguenti **INFORMAZIONI**  
**SANITARIE** in relazione a nostra/o figlia/o**

## **MALATTIE INFETTIVE PREGRESSE**

*Morbillo*

- SI
- NO
- NON SO

*Parotite*

- SI
- NO
- NON SO

*Pertosse*

- SI
- NO
- NON SO

*Rosolia*

- SI
- NO
- NON SO

*Varicella*

- SI
- NO
- NON SO

## **VACCINAZIONI OBBLIGATORIE**

(anti-poliomielitica; anti-difterica; anti-tetanica; anti-epatite B; anti-pertosse; anti-Haemophilus influenzae tipo b; anti-morbillo; anti-rosolia)

- SI
  - NO
  - oppure indicare quelle eseguite \_\_\_\_\_
- 

**MALATTIE IN ATTO O SITUAZIONE DI RILEVANZA CLINICA** (Cardiopatie, Enuresi diurna o notturna, Epilessia, Diabete, Celiachia, Crisi acetoneemiche, Asma Bronchiale...)

## **ALLERGIE (SPECIFICARE):**

FARMACI	
ALIMENTI	
POLLINI	

POLVERI	
MUFFE	
PUNTURE DI INSETTI	
ALTRO (SPECIFICARE)	

### **TERAPIE IN CORSO**

Sono in corso delle terapie?

- SI
- NO

Il/La ragazzo/a è capace di gestirle autonomamente?

- SI
- NO

### **SPECIFICARE POSOLOGIA**

Se ci fosse la necessità ci impegniamo a fornire ai responsabili del soggiorno la terapia medica rilasciata dal medico curante, completa di nome/i del/i medicinali, modalità ed orario di somministrazione, posologia, contestualmente autorizzando i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali eventualmente indicati, e da me forniti alla partenza.

Ci impegniamo inoltre a segnalare eventuali non idoneità a svolgere determinate attività sportive. Nel caso insorgessero delle malattie trasmissibili o altre condizioni che sono controindicate all'ammissione alla convivenza in collettività mi impegno a non mandare mio/a figlio/a all'attività e/o soggiorno.

### **Intolleranze alimentari (Indicare con cosa sostituire)**

## Altre esigenze di dieta

Confermo di autorizzare i responsabili dell'attività educativa a rivolgersi alle strutture sanitarie preposte e disponibili in loco in caso di grave emergenza sanitaria del minore, tale da non consentire l'informativa immediata della famiglia, e mi rimetto, finché assente, alle decisioni dei responsabili dell'attività.

Luogo e data	Firma