

Il sottoscritto _____, in qualità di:

partecipante al camposcuola diocesano _____, che si svolgerà nel periodo _____, presso la casa di _____

genitore/tutore di _____ partecipante al camposcuola diocesano _____, che si svolgerà nel periodo _____, presso la casa di _____

Segnala la presenza della seguente **PATOLOGIA** e/o la necessità delle seguenti **TERAPIE**:

PATOLOGIA (includere allergie a pollini, farmaci...)	TERAPIA QUOTIDIANA	TERAPIA AL BISOGNO
---	--------------------	--------------------

In caso di particolari necessità terapeutiche, si prega di portare con sé i farmaci specifici (broncodilatatori, antistaminici...) e di fare riferimento agli educatori del camposcuola per la gestione degli stessi.

Richiede una **DIETA SPECIALE** per le seguenti motivazioni:

l) Motivazione sanitaria

Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i): _____

Allergia alimentare a (specificare alimento/i): _____

Patologie che richiedono dietoterapia (specificare patologia e tipo di dieta speciale):

In aggiunta a quanto sopra, segnalo che, allo stato delle mie conoscenze attuali, un mancato rispetto di tale dieta speciale con motivazione sanitaria:

comporta un "RISCHIO DI VITA" (shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)

non comporta un "RISCHIO DI VITA" (shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)

l) Motivazione religiosa (specificare motivazione e tipo di dieta speciale)

Segnala controindicazione in atto alla pratica delle seguenti **ATTIVITÀ FISICHE**:

Il sottoscritto allega CERTIFICATO MEDICO

Luogo e data

Firma del genitore/tutore o del partecipante, se maggiorenne