

Iscrizione e autocertificazione sullo stato di salute

centro estivo in Natura 2025

Lo scopo dell'autocertificazione sullo stato di salute è di raccogliere i bisogni particolari legati alla salute per l'accoglienza dei/delle partecipanti al centro estivo in Natura, affinché possa essere assicurata un'adeguata presa a carico. L'autocertificazione deve essere compilata dal/la rappresentante legale.

Le informazioni trasmesse sono confidenziali e protette. Esse vengono messe a disposizione del personale del centro estivo in Natura, responsabile dell'accoglienza del/la partecipante. In caso di necessità, le informazioni raccolte possono essere trasmesse al medico di riferimento del centro estivo in Natura, nonché al personale dei servizi sanitari preposti. L'associazione Lila Ghianda si impegna a gestire le informazioni in rispetto alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e a restituire o a distruggere il documento e i relativi allegati.

La presente autocertificazione e i relativi allegati sono parte integrante dell'iscrizione all'attività.

Nome dell'ente organizzatore	Lila Ghianda	
Luogo in cui si svolge l'attività	Maggia	
Durata dell'attività	dal	al

Lasciare in bianco questa parte, che verrà utilizzata per annotare eventuali aggiornamenti all'inizio dell'attività

Dati anagrafici

Cognome del/la partecipante	
Nome del/la partecipante	
Data di nascita	Sesso: <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> altro
Indirizzo	
CAP e Località	

Chi è il/la rappresentante legale?

Rappresentanti legali (se minorenni o soggetto a curatela/tutela):

Entrambi i genitori Uno dei genitori Un/a curatore/curatrice o tutore/tutrice

Indicare i dati dei genitori o del/dei rappresentante/i legale/i

Nome		
Cognome		
Numero di telefono		
Email		

In caso di urgenza medica i responsabili e il personale sanitario prenderanno i provvedimenti urgenti necessari nell'interesse del/la partecipante. Appena possibile si metteranno in contatto con il/la rappresentante legale.

Nel caso in cui il/la partecipante risulti capace di discernimento, avrà in ogni caso la facoltà di autorizzare l'atto sanitario.

Custodia

Sussistono particolarità in materia di custodia Sì No

Se sì, specificare

Altre persone autorizzate ad accompagnare il/la bambino/a al centro estivo in Natura o al luogo di domicilio

Nome			
Cognome			
Numero di telefono			

Contatto di emergenza

Nome	
Cognome	
Numero di telefono	

Domande sullo stato di salute

	Sì	No
<input type="checkbox"/> Allergie a medicinali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Altre allergie (cibo, pollini, animali, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Asma o altri disturbi respiratori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epilessia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Indicazioni in caso di crisi</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Abitudini/cure legate al controllo sfinterico? Porta il pannolino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Disturbi del comportamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Segue un particolare regime alimentare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se sì, specificare:

Ci sono attività fisiche che non possono essere svolte?

Se sì, specificare:

Porta occhiali o lenti a contatto?

Porta apparecchi/protesi dentali?

Devono essere utilizzati ausili medici (ortesi, apparecchi acustici, ecc.)?

È autonomo/a nel loro utilizzo?

Specificare la tipologia di ausilio:

Altre particolarità relative allo stato di salute?

Se sì, specificare:

Terapie farmacologiche

Sì No

È autonomo/a nella gestione e nell'assunzione di farmaci?

Assume farmaci su prescrizione medica?

Nome del farmaco	Dosaggio (p. es. 1 pastiglia al mattino o "al bisogno")

ATTENZIONE:

PER LA SOMMINISTRAZIONE È NECESSARIO ALLEGARE ALLA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE LO SCHEMA TERAPEUTICO REDATTO DAL MEDICO CURANTE INDICANTE IL NOME DEI FARMACI, LA FORMA GALENICA, LA VIA DI SOMMINISTRAZIONE, LA POSOLOGIA ED EVENTUALI ALTRE PARTICOLARITÀ.

È NECESSARIO PROVVEDERE A UNA SCORTA ADEGUATA DI FARMACI CHE PERMETTA LA CORRETTA SOMMINISTRAZIONE PER IL PERIODO NECESSARIO.

Sì No

Assume altri farmaci?

Nome del farmaco	Dosaggio (es. 1 pastiglia al mattino o "al bisogno")	Indicazioni – Motivo della somministrazione

ATTENZIONE:

È NECESSARIO PROVVEDERE A UNA SCORTA ADEGUATA DI FARMACI CHE PERMETTA LA SOMMINISTRAZIONE PER IL PERIODO NECESSARIO.

Il/la rappresentante legale che sottoscrive la presente autocertificazione autorizza il personale impiegato nelle attività a somministrare al/alla partecipante i farmaci secondo le indicazioni trasmesse.

Qualora un farmaco sia prescritto *al bisogno*, il personale impiegato nelle attività si impegna a chiedere al/alla rappresentante legale di confermare la somministrazione prima di eseguirla. Di regola, la conservazione e la somministrazione di farmaci sono gestite direttamente da una persona designata dall'associazione Lila Ghianda.

	Sì	No
Ulteriori particolarità/osservazioni/informazioni da segnalare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		

Qualora intervenissero cambiamenti delle informazioni contenute nella presente autocertificazione, il/la rappresentante legale si impegna ad informare l'associazione Lila Ghianda prima dell'inizio dell'attività.

Sottoscrivendo la presente autocertificazione, il/la rappresentante legale dichiara la veridicità delle informazioni in essa contenute e acconsente al trattamento dei dati personali degni di particolare protezione ai sensi della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Prezzo a settimana concordato

Allegati all'autocertificazione

Certificato di vaccinazione (copia)	<input type="checkbox"/>
Elenco dei farmaci, dosaggi e somministrazione (piano terapeutico)	<input type="checkbox"/>
Altro, specificare	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

Lasciare in bianco questa parte

Nome e Cognome di chi certifica che i dati risultano aggiornati:

Data: _____

Firma: _____

In fede.

Luogo e data

Firma del/i rappresentante/i legale/i

Il presente documento deve essere inviato via email a info@lilaghianda.ch o via posta alla sede dell'associazione Lila Ghianda in via alle vigne 65, 6600 Solduno.