



## **DISCESA - Raduno Valstagna 28 agosto-1 settembre 2017**

(il presente modulo verrà restituito al termine del raduno)

Informazioni medico sanitarie sul minore: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di genitore dell'atleta: \_\_\_\_\_

1. Informa che il proprio figlio presenta le seguenti intolleranze / allergie verso alimenti, ingredienti, medicinali:
  
  
  
2. Informa che il proprio figlio deve regolarmente assumere i seguenti medicinali (allegare prescrizione medica) di cui è autonomamente fornito:
  
  
  
3. Informa che in caso di episodi febbrili o di malanni di piccola entità il proprio figlio può assumere i seguenti farmaci (specificare indicativamente quali antipiretici, antinfiammatori, equilibratori della flora intestinale):

Limitatamente al punto 3, in caso di evidente necessità, gli accompagnatori sono autorizzati alla somministrazione dei farmaci (o dei principi attivi) sopra elencati.

n° di telefono di rapido reperimento: \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma del genitore