



Formulario di iscrizione e autocertificazione sullo stato di salute per l'accoglienza alla colonia estiva diurna Spazio Aperto 2025

Lo scopo dell'autocertificazione sullo stato di salute è di raccogliere i bisogni particolari legati alla salute per l'accoglienza del partecipante affinché possa essere assicurata un'adeguata presa a carico. L'autocertificazione deve essere compilata dal rappresentante legale. Le informazioni trasmesse sono confidenziali e protette. Esse vengono messe a disposizione del personale della colonia. In caso di necessità, le informazioni raccolte possono essere trasmesse al medico di riferimento della colonia, nonché al personale dei servizi sanitari preposti. Spazio Aperto 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.

ISCRIZIONE AL SEGUENTE TURNO:

<input type="checkbox"/>	1. turno – prima settimana	dal	21.07.2025	al	25.07.2025
<input type="checkbox"/>	1. turno – seconda settimana	dal	28.07.2025	al	31.07.2025
<input type="checkbox"/>	2. turno – prima settimana	dal	04.08.2025	al	08.08.2025
<input type="checkbox"/>	2. turno – seconda settimana	dal	11.08.2025	al	14.08.2025

DATI ANAGRAFICI:

Cognome del partecipante:
Nome del partecipante:
Data di nascita:
Indirizzo:
CAP e Località:

CHI È IL RAPPRESENTANTE LEGALE?

Rappresentanti legali:

Entrambi i genitori Uno dei genitori Un curatore o tutore

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

Nome:		
Cognome:		
Numero di telefono:		

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

Altri contatti in caso di necessità / urgenza:

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"/>
<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"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Ci sono attività fisiche che non possono essere svolte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Altre particolarità relative allo stato di salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Vaccinazione standard?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TERAPIE FARMACOLOGICHE:

È autonomo nella gestione e nell'assunzione di farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assume farmaci su prescrizione medica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Il rappresentante legale che sottoscrive la presente autocertificazione autorizza i responsabili della colonia a somministrare al partecipante i farmaci secondo le indicazioni trasmesse. Qualora un farmaco sia prescritto *al bisogno*, i responsabili della colonia si impegnano a chiedere al rappresentante legale di confermare la somministrazione prima di eseguirla.

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

Qualora intervenissero cambiamenti delle informazioni contenute nella presente autocertificazione, il rappresentante legale si impegna ad informare Spazio Aperto prima dell'inizio dell'attività.

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

ALLEGATI ALL'AUTOCERTIFICAZIONE:

Elenco dei farmaci, dosaggi e somministrazione (piano terapeutico)	<input type="checkbox"/>
Altro, specificare	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>

In fede.

Luogo e data

Firma del rappresentante legale

**Da ritornare a Centro Spazio Aperto, Via Gerretta 9a, 6500 Bellinzona
o tramite e-mail a info@spazioaperto.ch**

Iscrizioni accettate secondo disponibilità, in ordine di data

