



Rotary
Distretto 2060



SCHEDA MEDICA DELL'OSPITE PROPOSTO
(da compilarsi in stampatello dal Medico curante)

Cognome _____ Nome _____

Diagnosi precisa della disabilità, specificando se essa sia solo motoria, solo psico-intellettuale od entrambi:

Indicare con precisione la terapia in atto e se questa deve essere continuativa:

Da compilare con la massima cura (rispondere alle domande SI o NO) La precisione della risposta servirà pertanto per un miglior accomodamento per tutti, senza sorprese all'arrivo)

Si muove solo su sedia a rotelle?		E' in grado di vestirsi da solo?	
Si muove solo con le stampelle?		E' in grado di mangiare da solo?	
Cammina da solo?		Ha problemi di parola?	
Cammina con aiuto?		Ha problemi di vista?	
Può fare le scale da solo?		Controlla gli sfinteri?	
Ha controllo delle mani?		Presenta enuresi?	
Presenta piaghe o altre lesioni che richiedono medicazioni ?		Necessita di sponde nel letto?	
		Infezioni in atto?	
Ha necessità di avere il cibo frullato?			
Intolleranze alimentari?			

AVVISO

E' necessario che il partecipante porti con sé **TUTTE LE MEDICINE** a lui indispensabili per **TUTTO IL PERIODO DI PERMANENZA AL SOGGIORNO**

N° telefono fisso e mobile del Medico curante _____ timbro e firma del Medico



Rotary
Distretto 2060



Siate dono nel mondo

Service INSIEME NEI VALORI DELLA SOLIDARIETA'
9 giugno – 12 giugno 2016

PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE
Tutti i dati sono obbligatori

F O T O

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Nata/o a _____ il _____ Sesso _____

Telefono _____ e-mail _____

Misura/taglia: S M L XL XXL

Data _____ Firma del richiedente _____

PRESENTATO dal ROTARY CLUB _____

Firma del Presidente o del

Delegato del Rotary Club _____

INDICAZIONI OBBLIGATORIE DELL'ACCOMPAGNATORE:

Cognome _____ Nome _____

Nata/o _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____ Via _____

*Grado di parentela _____

telefono _____

*oppure assistente, accompagnatore non professionale ecc.