Salute e assistenza in trasferta

Da compilare dal genitore/tutore; dall'atleta stesso se maggiorenne.

Compila questo modulo solo se vi sono allergie, intolleranze, terapie o altre esigenze da segnalare. Riporta solo le informazioni utili alla trasferta. Salva una copia dopo la compilazione e consegnala al referente indicato dalla società, evitando chat di gruppo.

1 Atleta, trasferta e contatti

Nome e cognome atleta

Data di nascita

Trasferta / gara / località

Date di partenza e rientro

Genitore/tutore compilante (o atleta maggiorenne)

Telefono reperibile in trasferta

Secondo contatto di emergenza - nome e relazione

Telefono secondo contatto

2 Allergie e intolleranze

Compilare questa sezione solo in presenza di allergie o intolleranze.

Allergeni: alimenti, farmaci, punture, lattice o altro; distinguere allergia e intolleranza

Reazioni note e gravità; precedenti reazioni importanti e indicazioni utili

Alimenti/sostanze da evitare e precauzioni, inclusa eventuale contaminazione alimentare

3 Altre esigenze utili alla trasferta

Dieta prescritta, bisogni di assistenza, limitazioni o altre indicazioni pertinenti

Se vi è un rischio di reazione grave o un farmaco di emergenza, compila anche la sezione 5 e allega il piano medico.

Salute e assistenza in trasferta

Terapie da seguire durante la trasferta - compilare in accordo con il medico.

☐ Nessuna terapia durante la trasferta ☐ Terapia presente: compilare

Allega prescrizione/istruzioni mediche quando è richiesto l'intervento dello staff. Dose, orari e modalità non possono essere decisi o modificati dall'allenatore. Per ulteriori farmaci allega un foglio con gli stessi dati.

4.1 Terapia 1

Farmaco: nome, formulazione e concentrazione

Via di somministrazione

Dose esatta con unità di misura

Orari / frequenza / rapporto con i pasti

Periodo di trattamento

Conservazione e luogo di custodia

Autonomia: selezionare una sola opzione per questa terapia

☐ Autonomo/a ☐ Promemoria / supervisione ☐ Aiuto materiale necessario

Supporto richiesto; istruzioni per dose omessa/rifiutata, solo come da indicazione medica

4.2 Terapia 2

Farmaco: nome, formulazione e concentrazione

Via di somministrazione

Dose esatta con unità di misura

Orari / frequenza / rapporto con i pasti

Periodo di trattamento

Conservazione e luogo di custodia

Autonomia: selezionare una sola opzione per questa terapia

☐ Autonomo/a ☐ Promemoria / supervisione ☐ Aiuto materiale necessario

Supporto richiesto; istruzioni per dose omessa/rifiutata, solo come da indicazione medica

Prima della partenza: consegnare farmaci nella confezione originale identificata con il nome dell'atleta, in quantità sufficiente e non scaduti, insieme alle istruzioni mediche e agli eventuali dispositivi. Concordare con la società chi li custodisce e chi svolge il supporto.

Salute e assistenza in trasferta

Emergenze, richiesta di assistenza e trattamento riservato dei dati.

5 Piano di emergenza e documenti

Segnali da riconoscere, azioni e farmaci di emergenza: fare riferimento al piano medico allegato

Medico di riferimento (facoltativo)

Recapito medico (facoltativo)

☐ Prescrizione / istruzioni mediche allegate

☐ Piano di emergenza allegato

In caso di pericolo immediato chiamare il 112 e seguire le indicazioni dei soccorritori. Il contatto con la famiglia non deve ritardare l'attivazione del soccorso. Lo staff non formula diagnosi né decide terapie.

6 Dichiarazione e richiesta del genitore/tutore

Dichiaro che le informazioni sono aggiornate e comunicherò tempestivamente ogni variazione prima o durante la trasferta. Chiedo il supporto indicato nella sezione terapie, secondo le istruzioni mediche allegate. La richiesta sarà concordata con la società prima della partenza: non costituisce una delega generica a svolgere prestazioni sanitarie. Per un minore, dichiaro di agire nell'esercizio della responsabilità genitoriale e nel rispetto delle decisioni condivise da chi la esercita.

Luogo e data

Firma genitore/tutore (o atleta maggiorenne)

7 Informativa sintetica e consenso separato

Titolare: Ice Pole Pinerolo A.s.D., contattabile tramite i recapiti sul sito icepolepinerolo.it. **Finalità:** organizzare la trasferta e il supporto concordato, gestire esigenze alimentari e assistenza. Il trattamento ordinario dei dati sanitari si fonda sul consenso esplicito. Accesso limitato ai referenti autorizzati; a strutture ricettive/ristorazione saranno comunicate, se necessario, solo le esigenze alimentari pertinenti. In emergenza le informazioni necessarie potranno essere trasmesse ai soccorritori secondo le condizioni applicabili. Nessuna pubblicazione. Conferimento facoltativo; l'assenza di informazioni può impedire di organizzare lo specifico supporto richiesto e richiede un confronto con la famiglia. Conservazione per il tempo necessario alla trasferta e alla sua chiusura organizzativa, secondo termini e criteri dell'informativa completa societaria da consegnare insieme al modulo. Accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e portabilità nei casi previsti; consenso revocabile, senza effetti sul trattamento precedente; reclamo al Garante. Non sono previste decisioni automatizzate.

☐ Acconsento espressamente al trattamento dei dati sanitari per le finalità sopra descritte.

Firma per il consenso (genitore/tutore o atleta maggiorenne)

Data

RISERVATO ALLA SOCIETÀ - da completare prima della partenza

Referente e supporto concordato (oppure rinvio al piano allegato)