

SCHEDA MEDICA

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____

Codice fiscale: _____

Numero tessera sanitaria: _____

Gruppo sanguigno: _____

Reperibilità dei genitori/tutore e persone di fiducia in caso di emergenza (nome, grado di parentela, telefono)

Ha sofferto in passato di patologie gravi?

Ha subito interventi chirurgici? Quali?

Fa uso abituale di farmaci? Quali e con quale dosaggio?

(per le ragazze) Ha avuto il menarca?

- ☐ SI
- ☐ NO

E' intollerante o allergico a qualche farmaco? Quale?

Ha altre forme allergiche?

Come si manifesta la/le allergia/e?

Quali sono le modalità di intervento nel caso?

Deve seguire limitazioni nella dieta, escluse le allergie? Se sì, quali?

Ulteriori informazioni ritenute rilevanti ai fini sanitari e/o eventuale foglio suppletivo in merito a patologie da segnalare

In caso di eventi gravi, tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute, che richiedano decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti e terapie in genere, anche chirurgiche, indipendentemente dalla tempestiva comunicazione ai familiari reperibili, che sarà sempre tentata, **i genitori/tutore dichiarano di rimettersi, finchè assenti, alla decisione dei responsabili dell'Unità scout di appartenenza e dell'equipe medica di assistenza.**

Firma madre _____ Firma padre _____ Firma tutore _____

ALLA SCHEDA MEDICA DEVONO ESSERE ALLEGATE FOTOCOPIE DI:
TESSERA SANITARIA
CERTIFICATO DI VACCINAZIONE

Luogo, data _____

Firma madre _____ Firma padre _____ Firma tutore _____

Rinnovo annuale dati SCHEDA MEDICA

Luogo, data _____

Firma madre _____ Firma padre _____ Firma tutore _____

Luogo, data _____

Firma madre _____ Firma padre _____ Firma tutore _____

Luogo, data _____

Firma madre _____ Firma padre _____ Firma tutore _____



