



SCHEDA MEDICA PERSONALE

di

INFORMAZIONI GENERALI

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) Via _____

Codice Fiscale _____ Eventuale n° esenzione ticket _____

ALLEGARE FOTOCOPIA TESSERA MEDICA

REPERIBILITA' PER I CASI DI EMERGENZA

Cognome e Nome del padre e della madre o del tutore

Telefono fisso _____ Cellulare _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

Nominativo del medico curante _____

Indirizzo _____ Città _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

SCHEDA MEDICA

Il/la ragazzo/a ha **in passato** avuto:

- fratture? Se sì, data, sede e trattamento

- Interventi chirurgici ? Se sì, data, sede e tipo

- altre malattie ? descrivere tipo e trattamento

Il/la ragazzo/a soffre, di **malattie croniche**? Descrivere tipo e farmaci che assume regolarmente

Il/la ragazzo/a è stato **vaccinato/a** contro:

ALLEGARE LIBRETTO VACCINAZIONI

ALLERGIE O INTOLLERANZE

Alimenti

Medicine

Altro

MEDICINE

Il/la ragazzo/a assume medicine regolarmente? Se sì quali e con quale dosaggio?

1. _____
2. _____
3. _____

In caso di febbre o dolore quali medicine assume?

1. _____ Dosaggio _____
2. _____ Dosaggio _____

ALTRE INFORMAZIONI

Se ragazza, è mestruada? Sì _____ No _____

Se no, ne è a conoscenza? Sì _____ No _____

È portatore/trice di apparecchiature elettriche, elettroniche o meccaniche o di protesi o corpi estranei che potrebbero interferire o rendere controindicati esami diagnostici strumentali (Risonanza magnetica, TAC, ecografia, ecc) ? SÌ _____ Se sì, descrivere NO _____

Ha mai avuto reazioni avverse a mezzi di contrasto o farmaci usati durante esami diagnostici strumentali?

Sì _____ Se sì, descrivere NO _____

DICHIARAZIONE

1. Nella presente scheda medica **sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie** riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di mio/a figlio/a
2. Sono consapevole che le attività scout proposte a mio/a figlio/a e le cure mediche che le/gli saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai Medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.
3. Sono consapevole che è mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout AGESCI TREBBIA 1 ogni variazione intervenuta posteriormente alla data di compilazione della presente scheda in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.
4. Sono consapevole che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi tenteranno sempre di informarmi e chiedere il mio consenso verbale (che dichiaro avere per me lo stesso valore di quello scritto) sulle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti in questa e nella scheda di iscrizione rinnovata annualmente; in caso tale comunicazione risultasse impossibile, **autorizzo** tutti i Capi del Gruppo scout AGESCI TREBBIA 1 a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la salute di mio/a figlio/a, ivi compreso il ricovero ospedaliero, tutte le terapie farmacologiche e chirurgiche d'urgenza, nonché tutti gli esami diagnostici strumentali non rinviabili, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.

Lì, _____

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci