A.G.E.S.C.I. - GRUPPO SCOUT VOLTA MANTOVANA 1
Parrocchia Santa Maria Maddalena

SCHEDA SANITARIA PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA'

La seguente scheda ha lo scopo di informare i capi scout riguardo eventuali disturbi del/della bambino/a; inoltre raccoglie informazioni sanitarie utili a scopo preventivo e in caso di interventi di pronto soccorso.

...l... sottoscritt... _____ genitore di _____
dichiara, sotto la propria responsabilità, che ...l... figli... non presenta sintomi di malattie o infezioni trasmissibili tali da escludere la possibilità di vita comunitaria.

1. **ALLERGIE NOTE** (Es.: ai farmaci; alle graminacee; a sostanze specifiche; etc.)

   _____

2. **MALATTIE INFETTIVE GIA' PASSATE**

   ☐ MORBILLO
   ☐ VARICELLA
   ☐ ROSOLIA
   ☐ PERTOSSE
   ☐ PAROTITE
   ☐ ALTRO _____

3. **VACCINAZIONI ESEGUITE**

   ☐ ANTIPOLIO
   ☐ ANTIEPATITE
   ☐ ANTIMORBILLO
   ☐ ANTIDIFTERICA
   ☐ ANTIROSOLIA
   ☐ ANTIPERTOSSE
   ☐ ANTITETANICA IN DATA _____
   ☐ ALTRO_____

4. **PATOLOGIA/E PRESENTE/I** (Es.: diabete; epilessia; asma bronchiale; etc.)

   _____

   4bis. **CURE IN CORSO PER LA/E PATOLOGIA/E**

   NOME DEL FARMACO : _____

   DOSE GIORNALIERA : _____ORARI DI ASSUNZIONE : _____

5. **DISTURBI RICORRENTI**

   ☐ CEFALEA
   ☐ DISTURBI GASTRO-INTESTINALI
   ☐ ENURESI
   ☐ ERUZIONI CUTANEE
   ☐ DOLORI MESTRUALI
   ☐ ALTRO_____

5bis. **EVENTUALI TERAPIE AL BISOGNO**

NOME DEL FARMACO : _____DOSE : _____

****

NUMERO DEL TESSERINO SANITARIO **: (retro)**_____

CODICE FISCALE : _____

NOME E NUMERO DI TELEFONO DEL MEDICO CURANTE **: _____tel _____**

RECAPITI TELEFONICI GENITORI : tel 1 _____ __ tel2_____

INTOLLERANZE ALIMENTARI : _____

Inoltre autorizzo i capi censiti nel Gruppo scout Agesci Volta Mantovana 1 che saranno presenti alle uscite/ campi, a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie urgenti (su indicazioni di medici qualificati), nel caso in cui non si riesca a contattarmi telefonicamente ai recapiti sopra riportati.

NOTE : _____

_____

Si allega fotocopia della Tessera Sanitaria.
Data _____

In Fede

_____