



PORTO M.NO 1

Gruppo Porto Mantovano 1 - Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani

C.F. 93025380200 - Piazza S. Antonio 3 - 46047 Porto Mantovano MN

<http://www.portomantovano1.it> [portom.no1@lombardia.agesci.it](mailto:portom.no1@lombardia.agesci.it)

## SCHEDA SANITARIA PER LA PARTECIPAZIONE A USCITE/CAMPI/EVENTI

La seguente scheda ha lo scopo di informare i capi scout riguardo eventuali disturbi del socio giovane 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

ROSOLIA

PAROTITE

VARICELLA

PERTOSSE

ALTRO \_\_\_\_\_

### 3. VACCINAZIONI ESEGUITE

ANTIPOLIO

ANTIDIFTERICA

ANTITETANICA

ANTIEPATITE

ANTIROSOLIA

ALTRO \_\_\_\_\_

ANTIMORBILLO

ANTIPERTOSSE

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

4.bis CURE IN CORSO PER LA/E PATOLOGIA/E: NOME DEL FARMACO : \_\_\_\_\_

DOSE GIORNALIERA : \_\_\_\_\_ ORARI DI ASSUNZIONE : \_\_\_\_\_

### 5. DISTURBI RICORRENTI:

CEFALEA

DISTURBI GASTRO-INTESTINALI

DOLORI MESTRUALI

ENURESI

ERUZIONI CUTANEE

ALTRO \_\_\_\_\_

### 5.bis EVENTUALI TERAPIE AL BISOGNO

NOME DEL FARMACO : \_\_\_\_\_ DOSE : \_\_\_\_\_

6. CODICE FISCALE : \_\_\_\_\_t

7. NOME E NUMERO DI TELEFONO DEL MEDICO CURANTE : \_\_\_\_\_tel \_\_\_\_\_

8. RECAPITI TELEFONICI DEI GENITORI DURANTE IL CAMPO : tel 1 \_\_\_\_\_ tel 2 \_\_\_\_\_

9. INTOLLERANZE ALIMENTARI : \_\_\_\_\_

Inoltre autorizzo i capi censiti nel Gruppo scout Agesci Porto Mantovano 1 che saranno presenti a uscite/ campi/eventi, 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

