



AGESCI

ASSOCIAZIONE GUIDE E SCOUTS CATTOLICI ITALIANI

Gruppo Loreggia 1 Don Antonio Serafin



Scheda medica

Cognome:..... Nome:.....

Nato a:..... il

Residente a in via.....

N° telefono di un familiare

Codice fiscale

Gruppo sanguigno RH

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA N°

FOTOCOPIA CERTIFICATO VACINAZIONI ESEGUITE

Vaccinazioni:	Data ultimo richiamo	Eventuale scadenza
Antitetanica		

Soffre di patologie respiratorie croniche o ricorrenti
quali?..... SI NO

Soffre di patologie cardiache croniche o ricorrenti
quali?..... SI NO

Malformazioni genetiche
quali?..... SI NO

Presenta patologie all'app.uditivo
quali?..... SI NO

Presenta patologie all'app.visivo
quali?..... SI NO

Soffre di patologie della coagulazione del sangue
quali?..... SI NO

Soffre di patologie endocrine (es. diabete) SI NO
quali?.....
.....

Soffre di patologie neurologiche SI NO
quali?.....
.....
.....
.....

Ha manifestazioni di tipo allergico? SI NO
Alimenti.....
.....
Farmaci.....
.....
Metalli.....
Inalanti.....
Altro.....
.....

Ha avuto reazioni importanti da punture di insetti? SI NO
Quali?.....
.....

Ha avuto reazioni allergiche in caso di profilassi con sieri (indicare il tipo di siero, il tipo di reazione sofferta e la terapia effettuata)
.....
.....

Ha intolleranze alimentari? SI NO
Quali?.....
.....

Deve seguire diete particolari? SI NO
.....
.....

Soffre di dermatiti? SI NO
Da
contatto.....
atopica.....

Soffre di cefalea? SI NO
occasionalmente o con periodicità.....
Che farmaci assume in tale occasione.....
.....

Patologie muscolo-articolari? SI NO
Fratture, distorsioni, tendiniti, lussazioni, scoliosi..... (precisare età)
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Ha mai presentato episodi di perdita di coscienza, svenimenti (indicare anno, circostanze in cui è avvenuto ed eventuali terapie) SI NO

.....
.....
.....

Riservato alle ragazze:
Cicli regolari SI NO
Disturbi in occasione del ciclo mestruale SI NO

Interventi chirurgici:

Tonsille età..... SI NO
Adenoidi età..... SI NO
Appendicite età..... SI NO
Altro.....

.....
.....
.....

Ricoveri? SI NO

Motivo del ricovero	Età

Sta assumendo farmaci attualmente? SI NO
Quali e per quale motivo?

.....
.....
.....
.....

Ulteriori eventuali precauzioni e/o raccomandazioni particolari

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data.....
Firma.....

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

Autorizzo mio/a figlio/a _____

nato/a a _____ il _____

a partecipare al Campo Estivo/Invernale, Route che avrà luogo dal _____

al _____ in località _____.

Data: _____ Firma del genitore: _____

Data: _____ Firma del genitore: _____

DICHIARO QUANTO SEGUE:

1. *Nella presente scheda medica sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di mi_ figli_.*
2. *Sono consapevole che le attività scout proposte a mio figli_ 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 Loreggia 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 alle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti nella scheda anagrafica rinnovata annualmente; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizzo tutti i Capi del Gruppo scout AGESCI Loreggia 1 a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la salute di mi__ figli__, ivi compreso il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.*

Perché è importante compilare bene al scheda medica.

La scheda medica compilata ha lo scopo di comunicare a noi Capi tutte le informazioni sanitarie che riguardano vostro figlio/a. Tali informazioni ci sono necessarie al fine di assicurare ai ragazzi il miglior trattamento medico possibile, nel malaugurato caso che abbiano bisogno di cure per malattie o infortuni che dovessero succedere durante le attività scout ed allo scopo di evitare situazioni di pericolo per l'incolumità di vostro figlio/a e degli altri.

Qualsiasi informazione ci trasmettiate sarà divulgata solo a quelle persone che per motivi di servizio devono conoscere la storia sanitaria dei vostri figli (Capi Scout, medici, ecc.) rispettando la riservatezza richiesta dalla Legge e dal buon gusto. Siete pregati pertanto di riempire la scheda con la massima attenzione possibile, senza omettere o variare nulla, nell'esclusivo interesse dei vostri figli.

La scheda medica deve essere compilata in ogni sua parte, in stampatello leggibile o a macchina. Le parti che il genitore non ritiene di dover compilare devono essere barrate, in modo da dimostrare che sono state almeno lette.

La presente scheda medica annulla e sostituisce qualsiasi altra scheda sia già stata consegnata ai Capi anche recentemente.