



SCHEMA MEDICA

FOTO

Dati anagrafici

Cognome e Nome:

Indirizzo:

Città:

C.A.P.

Data di Nascita:

Telefono:

Codice Fiscale:

Numero Tessera Sanitaria:

Gruppo Sanguigno:

RH:

Vaccinazioni:

Ultima Antitetanica:

Siero Antitetanico:

+ Allergie e Intolleranze Alimentari e Farmacologiche ¹ +

Antibiotici:

Polline:

Aspirina:

Polvere:

Altri Farmaci:

Eczemi:

Latte e Derivati:

Asma:

Muffe:

Veleno Insetti:

Orticaria:

Celiachia:

Altro:



Interventi Chirurgici e Malattie Significative: ²

Medicinali Comunemente Assunti: ³

+ Malattie Infettive +

	Avuta	Vaccinazione		Avuta	Vaccinazione
Varicella			Scarlattina		
Morbillo			Parotite		
Rosolia			Pertosse		
Altre:			Epatite:		



Note ed Eventuale Terapia:

Limitazione Nella Dieta ⁴:

Notizie Utili Per il Medico:

Apparecchi Protesi e/o Altri Ausili:

Note:

¹-Indicare allergie o intolleranze a farmaci ed alimenti che possono creare problemi durante le attività e gli eventuali farmaci da utilizzare. ²-Indicare interventi chirurgici o disturbi di cui si deve tenere conto durante le attività: fratture, disturbi cardiaci o polmonari, diabete, ipertensione, ipotensione, disturbi ³-Indicare il tipo, il dosaggio e le circostanze in cui si rende necessaria la somministrazione. ⁴-Esclusivamente legate a problemi medici e non a gusti personali.



Limitazioni dell'Attività Fisica:

+ Riferimenti Relativi il Medico Curante +

Medico Curante:

Indirizzo:

C.A.P

Città:

Telefono:

Note del Medico Curante:

+ In Caso di Emergenza Contattare +

Nome:

Grado di Parentela:



Telefono:

1

2

3

4

5

Altri Numeri Utili:

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 o sulle comunicazioni scritte dei genitori in caso di terapie in corso.
3. Sono consapevole che è mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout 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 tenderanno sempre di informarmi e chiedere il mio consenso riguardo al primo pronto soccorso da erogare, all'eventuale trasporto al pronto soccorso e alle cure mediche che il Medico deciderà di intraprendere, utilizzando i recapiti contenuti nella PRESENTE scheda; in caso tale comunicazione risulti impossibile autorizzo il Capo Gruppo ed il Capo unita a procedere con il ricovero ospedaliero.

Data

Firma di Un Genitore

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione dei Capi e del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. Avendo preso piena consapevolezza delle finalità del trattamento ai sensi delle vigenti norme in materia di privacy, acconsento al trattamento dei dati di cui sopra in relazione al loro utilizzo

Data

Firma di Un Genitore