



COLONIA "CODE VELOCI"
GRUPPO PINEROLO III

SCHEDA SANITARIA INDIVIDUALE

NOME _____ COGNOME _____

Nato/a _____ il _____

Abitante a _____ Via _____ n. _____

C.a.p. _____ Telefono abitazione _____ Cittadinanza _____

Cell. papà _____ Cell. mamma _____

Telefono di un familiare, in caso di necessità _____ Grado di parentela _____

A.S.L. _____ n. tessera sanitaria _____

Gruppo sanguigno _____ Rh _____

Medico curante Dott. _____

Indirizzo _____ n. _____

Città _____ Tel.: _____

VACCINAZIONI EFFETTUATE (allegare certificato A.S.L.)

E' stato effettuato il ciclo completo delle seguenti vaccinazioni? Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo:

- ANTIDIFTERICA effettuata il _____
 - ANTIDIPOLIO effettuata il _____
 - ANTIEPATITE B effettuata il _____
 - ANTITETANICA effettuata il _____
 - ANTIMORBILLOSA effettuata il _____
 - ANTITIFICA ORALE effettuata il _____
- ALTRE _____ DATA _____

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	[SI]	[NO]	vaccinato	[SI]	[NO]
Varicella	[SI]	[NO]	vaccinato	[SI]	[NO]
Rosolia	[SI]	[NO]	vaccinato	[SI]	[NO]
Paraotite	[SI]	[NO]	vaccinato	[SI]	[NO]
Pertosse	[SI]	[NO]	vaccinato	[SI]	[NO]
Scarlattina	[SI]	[NO]	vaccinato	[SI]	[NO]

ALLERGIE FARMACOLOGICHE (specificare i farmaci alternativi a quelli in causa)

ALLERGIE VARIE (pollini, graminacee, polveri, muffe, veleno insetti, ecc.)

ALLERGIE ALIMENTARI

DIETA SPECIALE PER INTOLLERANZE ALIMENTARI

IL BIMBO/A SOFFRE DI (patologie in atto)

MALATTIE CARDIOVASCOLARI _____

MALATTIE NEUROLOGICHE _____

MALATTIE DISMETABOLICHE _____

ALTRO _____

CURE CONSIGLIABILI SE INSORGONO TALI DISTURBI

CURE IN CORSO CON RELATIVE MEDICINE E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

**EVENTUALI NOTIZIE PIÙ SPECIFICHE DA SAPERE (PRECAUZIONI PARTICOLARI,
DIFETTI CONGENITI, TRAUMATISMI...)**

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA E DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL BAMBINO.

NOTA BENE: in caso di eventi gravi, tali da mettere in pericolo la via o lo stato di salute del bambino/a, e che richiedano decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti o terapie (anche chirurgiche), indipendentemente dalla tempestiva comunicazione familiare reperibili (che sarà sempre e comunque tentata), è necessario che il genitore, o chi ne fa le veci dichiarati di rimettersi, finché sarà assente, alle decisioni dei Capi e dell'equipe medica di assistenza.

Data _____ Firma del Genitore o di chi ne fa le veci _____

In caso di necessità autorizzo i capi a somministrare al minore i seguenti farmaci che non necessita di prescrizione medica: foille, lasonil, tachipirina. Se sono presenti allergie nei confronti di tali medicinali (o di altri eventuali) è opportuno comunicarle mediante la scheda medica.

Data _____ Firma del genitore _____

CHI HA COMPILATO LA SCHEDA SANITARIA SI ASSUME LA TOTALE RESPONSABILITA' DELLE CONSEGUENZE DI EVENTUALI ERRORI E/O OMISSIONI

Data _____ Firma di chi ha compilato la scheda sanitaria _____

La presente scheda sanitaria ha valore tutto l'anno scoutistico 2014/2015 e per tutte le attività da esso svolte (Nuotata e nuotata estiva).

N.B. Se durante l'anno ci fossero variazioni in merito, segnalarlo ai Vecchi Castori.