



A.G.E.S.C.I.

Associazione Guide E Scout Cattolici Italiani

Gruppo scout PINEROLO 3° - c/o O.N.A.R.M.O. Via Luciano, 11 - 10064 Pinerolo - TO

SCHEDA SANITARIA

COGNOME:..... NOME:

DATA E LUOGO DI NASCITA:.....

ABITANTE A VIA.....

N° C.A.P. TEL:.....

CITTADINANZA:

NUMERO LIBRETTO SANITARIO:

COSTITUZIONE:

GRUPPO SANGUIGNO: RH:

MALATTIE INFETTIVE CONTRATTE (quali e quando):

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

INTERVENTI CHIRURGICI (quali e quando):

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

TRAUMATISMI (quali e quando):

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

PATOLOGIE CRONICHE (quali e quando):

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

USO ABITUALE DI FARMACI (nome, dosaggio, tempi e modalità di somministrazione):

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

ALLERGIE:

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

ALLERGIE A FARMACI:

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

PRECAUZIONI PARTICOLARI:

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

DIFETTI CONGENITI:

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

INTOLLERANZE ALIMENTARI:

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

DIETA (far presente eventuali necessità di alimentazione SOLO se dietro indicazione medica, nel qual caso allegare la PRESCRIZIONE MEDICA):

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

VACCINAZIONI EFFETTUATE (tipo e data):

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

RICHIAMO ANTITETANICA EFFETTUATO IL

(allegare la fotocopia della certificazione o dell'eventuale richiamo)

ALTRO:

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

N.B.: ALLEGARE LA FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA E DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RAGAZZO/A

RECAPITI
(da compilare in tutte le sue parti)

MEDICO CURANTE:

COGNOME E NOME:
INDIRIZZO:
TELEFONO STUDIO:
TELEFONO CELLULARE:

FAMILIARI:

COGNOME E NOME:
GRADO DI PARENTELA:
INDIRIZZO:
TELEFONO CASA:
TELEFONO CELLULARE:

COGNOME E NOME:
GRADO DI PARENTELA:
INDIRIZZO:
TELEFONO CASA:
TELEFONO CELLULARE:

COGNOME E NOME:
GRADO DI PARENTELA:
INDIRIZZO:
TELEFONO CASA:
TELEFONO CELLULARE:

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

Firma di accettazione del genitore o di chi ne fa le veci:data.....

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

Firma di chi ha compilato la scheda sanitaria:data.....

La presente scheda sanitaria ha valore per tutto l'anno scoutistico 2009/'10 e per tutte le attività durante esso svolte (V.d.B., Campi e Route comprese)