

SCHEDA MEDICA PERSONALE**- Da compilare dopo il 02 Agosto 2010 -
Consegna al momento della partenza**Cognome
Nome

NATO A: _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____

VIA: _____ CAP _____ PROV. _____

TEL _____ E-MAIL _____

REGIONE _____ GRUPPO _____

COD. PERS. AGESCI _____ NUMERO TESSERINO SANITARIO _____

Codice fiscale _____

USL di appartenenza _____

Gruppo sanguigno e fattore Rh _____

È mestrata? _____ Sì _____ NO _____

È vaccinato/a per :

Difterite _____ Sì _____ NO _____

Tetano _____ Sì _____ NO _____

Epatite A _____ Sì _____ NO _____

Epatite B _____ Sì _____ NO _____

Altro: _____ Sì _____ NO _____

Altro: _____ Sì _____ NO _____

Soffre di malattie metaboliche ? _____ Sì _____ NO _____

Descrivere _____

Soffre di malattie cardiache? _____ Sì _____ NO _____

Descrivere: _____

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? _____ Sì _____ NO _____

Descrivere: _____

Soffre di disturbi all'apparato digerente? _____ Sì _____ NO _____

Descrivere: _____

Soffre di malattie croniche di altro tipo? _____ Sì _____ NO _____

Descrivere: _____

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra?

Soffre di allergie? _____ Sì _____ NO _____

Di che tipo? _____

A farmaci quali? (elencare le molecole) _____

A pollini quali? _____

A alimenti quali?

Altro? (descrivere)

Deve praticare particolari diete alimentari?

Sì

NO

Descrivere:

Dovrà assumere farmaci?

Sì

NO

Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria

Data: Firma di uno dei genitori per l'autocertificazione

Medico curante: dott.

Studio:

Recapiti telefonici:

Reperibilità dei familiari durante il campo:

Tel.

Cell.

Data: Firma di uno dei genitori

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. La scheda verrà custodita dai capi unità e verrà distrutta alla fine dell'evento.

Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

Data: Firma di uno dei genitori

- 1) **Allegare alla presente scheda copia del tesserino sanitario**
- 2) In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.
- 3) Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai capi reparto i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco.

AUTORIZZAZIONE CAMPO ESTIVO 2010

Il/La sottoscritt _____ autorizza il/la
propri_ figli_ _____ a partecipare al
campo estivo del Branco/Reparto/Clan _____
del gruppo Agesci Rovigo I dal ___/08 al 22/08 in località
Fornara – Acquasanta Terme (AP)

Firma

