

SCHEDA MEDICA

(da compilare in stampatello ed in ogni sua parte)

DATI DEL BAMBINO/A

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____

CODICE FISCALE _____

NOME E TELEFONO DEL PEDIATRA/MEDICO CURANTE

RECAPITI TELEFONICI

dei genitori o di coloro che esercitano la potestà genitoriale da contattare in caso di necessità

Nome e Cognome		Grado di parentela		Telefono	
Nome e Cognome		Grado di parentela		Telefono	
Nome e Cognome		Grado di parentela		Telefono	
Nome e Cognome		Grado di parentela		Telefono	



STORIA CLINICA

Soffrite o ha sofferto di patologie gravi in passato delle quali debba essere a conoscenza la staff per la sicurezza del ragazzo? Quali malattie ha avuto? Quando?

È portatore di patologie croniche per le quali la staff debba tenere una adeguata profilassi e/o che comportano un abitudinario uso di farmaco? Se, quali? Quali farmaci?

FARMACI

In presenza di febbre quale antipiretico usa?

Occasionalmente, per il mal di testa, quali farmaci usa?

Se la bambina ha le mestruazioni, quali farmaci eventualmente usa per alleviare i dolori?

(Informazione per la guardia medica) È intollerante o allergico a qualche farmaco? Quale? In che occasione è stato scoperto?

(Informazione per la guardia medica) Elencare i nomi degli antibiotici utilizzati solitamente

VACCINAZIONI





PONTERERA 1

Gruppo Pontedera 1
Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani
P.zza Caduti di Cefalonia, 40 - 56025 Pontedera (PI)
CF 93015150506
<http://gruppi.agesci.it/pontedera1/>
pontedera1@toscana.agesci.it

Con la recente normativa di cui al D.L. n. 73/17 - convertito in legge dalla L. n. 119/17 non sussiste più l'obbligo vaccinale per la partecipazione ad attività dell'Associazione.

Per quanto riguarda la parte assicurativa, come sapete, la polizza offre la copertura infortuni e non malattia. Pertanto, se per esempio il ragazzo non vaccinato a seguito di un infortunio si ammala di tetano, la Compagnia liquiderà l'infortunio (per esempio la frattura del piede) ma non la malattia che dovesse contrarre in quanto non vaccinato. Data la natura delle attività svolte in particolare in Branca E/G ed R/R riteniamo opportuno che venga almeno fatta la vaccinazione antitetanica.

E' in regola con la vaccinazione antitetanica? _____

Data ultimo richiamo della vaccinazione antitetanica _____

ALLERGIE

Soffre di allergie alimentari?

SI NO (specificare) _____

Elencare gli alimenti che **NON** deve ingerire a causa della allergia alimentare

Soffre di allergie ambientali (pollini)?

SI NO (specificare) _____

Ha mai presentato sintomi di allergia in occasione di profilassi con sieri? Antitetanico?

SI NO (specificare) _____

Soffre di allergie da punture di insetti?

SI NO (specificare) _____

Soffre di allergie ad altro?

SI NO (specificare) _____





DICHIARAZIONI

Per la compilazione della scheda medica è stato interpellato il medico curante?

(barrare la risposta)

SI NO

Io sottoscritto _____, in qualità di genitore /
esercitante della potestà genitoriale di _____
dichiaro di aver compilato la suddetta scheda medica e mi assumo piena responsabilità di
quanto dichiarato.

MI IMPEGNO:

Ad indicare, nel caso il bambino/a o il ragazzo/a debba seguire una particolare dieta, gli alimenti da evitare assolutamente indicandolo tempestivamente in modo da consentire alla cambusa di fare la spesa e di cucinare, tenendo conto delle indicazioni fornite;
Ad allegare (se necessario), nel caso che il bambino/a o il ragazzo/a sia affetto da patologie o particolari reazioni allergiche, la terapia medica del Pediatra/Medico curante completa di: nome/i del/i farmaco/i, modalità ed orario di somministrazione, posologia ed eventuali indicazioni particolari sulla conservazione e a fornire tali medicinali alla partenza in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del bambino/a o del ragazzo/a.

AUTORIZZO:

I capi della branca, se necessario, a somministrare farmaci precedentemente indicati;
In caso di eventi gravi (tali da mettere in pericolo la vita e/o lo stato di salute) e che richiedano decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti e terapie in genere, anche chirurgiche, indipendentemente dalla tempestiva comunicazione ai famigliari reperibili che sarà sempre tentata, mi rimetto, finché assente, alle decisioni dei Responsabili del Gruppo Scout e dell'equipe medica di assistenza;
In caso di necessità, l'equipe medica a effettuare esami strumentali diagnostici radiologici (Rx) ed ultrasonografici (ecografia).

**Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà
genitoriale**



Gruppo Pontedera 1
Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani
P.zza Caduti di Cefalonia, 40 - 56025 Pontedera (PI)
CF 93015150506
<http://gruppi.agesci.it/pontedera1/>
pontedera1@toscana.agesci.it

“CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI” (INDISPENSABILE ALLA PARTECIPAZIONE AL PERCORSO SCOUT)

Autorizzo il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, di seguito riportati, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 (“GDPR”) e del decreto attuativo 10.08.2018, n° 101, in accordo con l’informativa fornitami da AGESCI e

DICHIARO

che i dati sanitari sopra dichiarati sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con la normale vita di campeggio. **In caso di variazione dei dati sopra riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi all’Associazione.**

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

data

