



Gruppo AGESCI Vibo Valentia 1
Piazza San Leoluca – 89900 Vibo Valentia

SCHEDA MEDICA PERSONALE

COGNOME _____ NOME _____ M F

NATO/A A: _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____

VIA: _____ CAP _____ PR. _____

TEL. _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE: _____

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

Gruppo sanguigno e fattore Rh _____

E' mestrata? _____ SI NO

ha fatto il vaccino:

- ESAVALENTE

(Antidifterite - Antipolio - Antiepatite - Antitetanica
Antipertosse - Anti Haemophilus influenzae tipoB)

- TETRAVALENTE

(Anti morbillo - Anti parotite - Anti rosolia - Anti varicella)

Antimeningococco C SI NO

Altro _____

Soffre di malattie metaboliche? _____ SI NO

Descrivere _____

soffre di malattie cardiache? _____ SI NO

Descrivere _____

Soffre di disturbi dell'apparato respiratorio? _____ SI NO

Descrivere _____

Soffre di disturbi dell'apparato digerente? _____ SI NO

Descrivere _____

Soffre di malattie croniche di altro tipo? _____ SI NO

Descrivere _____

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

Soffre di allergie? _____ SI NO

Di che tipo? _____

A farmaci quali? (elencare le molecole) _____

A pollini quali? _____

Ad alimenti quali? _____

Altro? (descrivere) _____

Deve praticare particolari diete alimentari? _____ SI NO

Descrivere _____

Della dieta alimentare particolare dovrà comunque essere avvisato il capo.

Dovrà assumere farmaci? _____ SI 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: _____ Timbro e firma del medico curante



Medico curante: Dott. _____

Recapiti telefonici: _____

Reperibilità dei familiari durante le attività: _____

Tel. _____ Cell. _____

Data: _____ Firma di uno dei due genitori _____

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

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

consenso

I sottoscritti

(nome del genitore) _____ nato il _____ a _____

(nome del genitore) _____ nato il _____ a _____

genitori di (nome del minore) _____

autorizzano i capi unità responsabili ed i medici di assistenza, qualora benché diligentemente attivatisi non riuscissero a contattare i sottoscritti, a prendere decisioni e compiere atti urgenti (ricoveri, trasferimenti, terapie anche chirurgiche, etc.) che si rivelassero assolutamente indifferibili e tali da salvaguardare lo stato di salute o di vita del minore sopra citato.

(data e firma)

(data e firma)