



FORMULARIO MEDICO

Informazioni sul partecipante:

Nome e Cognome:

Data di nascita:

Indirizzo completo:

.....

Informazioni sull'autorità parentale (papà e/o mamma)

Nome e Cognome:

Nr. Telefono:

Informazioni su chi contattare in caso di emergenza

Nome e Cognome:

Indirizzo completo:

.....

Nr. natel:

Nr. Tel. fisso:

Informazioni sulla cassa malati del partecipante:

Cassa malati:

Nr. assicurato:

Informazioni sul medico curante del partecipante:

Nome e Cognome:

Indirizzo completo:

.....

Nr. telefono studio:

Informazioni sullo stato di salute del partecipante

Malattie recenti:

.....

Allergie alimentari:

Altre allergie (animali,

medicamenti, ...)

Altro (p.es. asma,...)

Malattie avute: Morbillo Orecchioni
 Scarlattina Varicella
 Altro: (specificare:.....)

Vaccinazione contro il tetano: SI (anno dell'ultimo richiamo:.....) NO

Il seguente medicamento deve essere preso (quanto, quando, dove, come):
.....
.....
.....

Buon nuotatore Vertigini

Altre osservazioni:
.....
.....
.....

Attenzione:

Le informazioni qui contenute saranno trattate con la massima riservatezza e saranno usate solo in caso di necessità. Alla fine dell'anno scout (dopo il campeggio) il formulario verrà distrutto.

L'assicurazione malattia (obbligatoria), infortuni e responsabilità civile sono a carico dei partecipanti.

Con la propria firma, chi detiene l'autorità parentale conferma la correttezza e la completezza dei dati contenuti nel presente formulario medico e autorizza i capi e le akele della Sezione, in caso di emergenza, a intraprendere i passi necessari per dare avvio a cure mediche d'urgenza anche senza essere ulteriormente consultato/a.

Se nel corso dell'anno scout dovessero esserci delle modifiche da apportare al presente formulario chi detiene l'autorità parentale deve comunicarlo immediatamente al capo branca del partecipante.

Luogo e data: Firma:

Allegare: fotocopia del libretto delle vaccinazioni