



La presente scheda sanitaria, contenendo dati sensibili e riservati, DEVE essere conservata in BUSTA CHIUSA dal ragazzo/ragazza, portata alle attività all'aperto (cacce, uscite, campi), e consegnata ai capi in caso di necessità di tipo medico-sanitario.

SCHEDA SANITARIA

I. INFORMAZIONI GENERALI (a cura del Capo Riparto/Branco)

Anno

Squadriglia

Gruppo

Riparto

II. INFORMAZIONI RIGUARDANTI L RAGAZZO/A (a cura della famiglia)

Cognome e nome

Data di nascita

Sesso F M

Codice Fiscale

N° libretto sanitario

III. INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEL RAGAZZO/A (A cura della famiglia)

◆ Cognome e nome dei Genitori/Tutore.....

Indirizzo dei Genitori/Tutore

N° di telefono casa N° di telefono ufficio

◆ DICHIARAZIONE

Io/Noi sottoscritti, responsabile/i del/la ragazzo/a....., acconsento/iamo a che, in caso di necessità sullo stato di salute, il nostro / la nostra ragazzo/a sia ricoverato/a in ospedale e sottoposto/a ad attività diagnostiche, così come ad interventi medici indispensabili dal punto di vista del suo stato di salute.

Con la presente autorizzo, inoltre, il personale Medico ad effettuare tutti gli atti possibili, non procrastinabili e necessari in modo specifico a superare qualsiasi evenienza che si dovesse presentare.

.....

.....

data

firme

◆ **QUESTIONARIO (barrare le caselle interessate)**

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| Il ragazzo ha problemi di salute: | | Ha avuto malattie contagiose : | |
| Asma <input type="checkbox"/> | Diabete <input type="checkbox"/> | Morbillo <input type="checkbox"/> | Vaiolo <input type="checkbox"/> |
| Allergia <input type="checkbox"/> | Infezioni delle vie urinarie ripetitive <input type="checkbox"/> | Orecchioni <input type="checkbox"/> | Pertosse <input type="checkbox"/> |
| Epilessia <input type="checkbox"/> | | Altro | |
| Altro..... | | | |
| Prende costantemente delle medicine: | | È stato mai ricoverato in ospedale: | |
| tipo | dose | causa | data |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Ha avuto recentemente: | | Ha subito un incidente, una contusione: | |
| un Orite <input type="checkbox"/> | | | |
| un Angina <input type="checkbox"/> | | | |
| un'Infezione delle vie urinarie <input type="checkbox"/> | | | |

IV. INFORMAZIONI SULLE VACCINAZIONI

| Tipo | Anno |
|--------------|-------|
| Tubercolosi | |
| Tetano | |
| Pertosse | |
| Difterite | |
| Poliomielite | |
| Epatite | |
| Altro | |

◆ **Iniezione di siero**

| | |
|-------|-------|
| tipo | data |
| | |
| | |
| | |

V. INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEL RAGAZZO/A
(A cura del medico curante)

Dopo aver esaminato il/la ragazzo/a..... constatato che il suo stato di salute gli/le permette di poter partecipare ad un raduno scout che prevede di dormire sotto le tende.

Osservazioni / controindicazioni.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(timbro e firma)