

## SCHEDA MEDICA (scrivere chiaro in stampatello)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ N° Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno (solo se conosciuto) [A/B/AB/0]: \_\_\_\_\_ Fattore Rh[+/-] \_\_\_\_\_

1. Ha sofferto di patologie gravi in passato?  NO  SI Quale? \_\_\_\_\_

2. Ha subito interventi chirurgici?  NO  SI Quali e quando? \_\_\_\_\_

3. È portatore di patologie croniche?  NO  SI Quali?

Asma  Diabete  Disturbi cardiaci  Svenimenti  Convulsioni

Allergia a \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_

4. È attualmente sotto cura medica?  NO  SI (Motivi, da quando) \_\_\_\_\_

5. Soffre di qualche disturbo abitualmente?  NO  SI Quale? (emicrania, mal di pancia...) \_\_\_\_\_

Quali farmaci eventualmente assume? \_\_\_\_\_

6. Il ragazzo durante il camposcuola dovrà assumere medicinali?  NO  SI Quali?

Farmaco: \_\_\_\_\_ Dosaggio: \_\_\_\_\_

7. Per forme influenzali quali farmaci assume? \_\_\_\_\_

8. Ha mai presentato sintomi di allergie in occasione di profilassi con sieri (antitetanico, antiofidico, ecc...)

NO  SI (Che sintomo? Che tipo di siero? Quando?) \_\_\_\_\_

9. È intollerante o allergico a qualche farmaco o alimento? \_\_\_\_\_

10. Deve seguire diete particolari? \_\_\_\_\_

**N.B.** Vi chiediamo di contattare direttamente gli educatori per segnalare condizioni o situazioni particolari (handicap fisici, medici, psichici, problemi familiari, disturbi di comportamento,...) che si ritiene opportuno far conoscere. Si potrà così consentire un miglior inserimento del ragazzo stesso ed evitare disagi o imprevisti agli altri partecipanti al campo.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_

Abitante a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

eventuale altro recapito: località \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

consapevole che saranno prese tutte le precauzioni, consento che mio/a figlio/a prenda parte a tutte le attività previste per l'uscita.

Autorizzo gli educatori alle decisioni del caso (ricovero ospedaliero in caso di urgenza o intervento chirurgico necessario su decisione di medici qualificati) per necessità gravi che dovessero sopravvenire. I dati, ai sensi dell'art. 10, legge 675/1996, verranno utilizzati solo ed esclusivamente per le necessità inerenti al camposcuola.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B. : portare con sé la tessera sanitaria**