

SCHEDA MEDICA *scrivere chiaro in stampatello*

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Gruppo sanguigno: _____ Fattore Rh _____

Ha sofferto di patologie gravi in passato? NO SI Quale?

Barrare SI o NO

Ha subito interventi chirurgici? NO SI Quali e quando? _____

È portatore di patologie croniche? NO SI Quali?

Asma _____ Diabete _____ Disturbi cardiaci _____ Svenimenti _____ Convulsioni _____

Allergia a _____ Altro _____

È attualmente sotto cura medica? NO SI (Motivi, da quando) _____

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

_____ Quali farmaci eventualmente assume? _____

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

Farmaco: _____ Dosaggio: _____

Per forme influenzali quali farmaci assume? _____

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

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

È intollerante o allergico a qualche farmaco o alimento? _____

Deve seguire diete particolari? _____

In caso di malattie croniche, particolari allergie o terapie mediche da proseguirsi durante il soggiorno occorre allegare la certificazione medica con le indicazioni del caso.

N.B. Vi chiediamo di contattare direttamente i referenti del campo per segnalare condizioni o situazioni particolari (handicap fisici, medici, psichici, problemi familiari, disturbi di comportamento,...) che si ritiene opportuno far conoscere agli educatori. Si potrà così consentire un miglior inserimento del ragazzo stesso ed evitare disagi o imprevisti agli altri partecipanti al campo. Il numero telefonico dei referenti del campo può essere rintracciato sulla scheda "notizie utili" consegnata al momento dell'iscrizione.

Per i minorenni:

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 il campo.

Autorizzo la direzione del campo 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.

Data _____ Firma _____