



GRUPPO OVADA 1 ZONA VINI SCHEDA SANITARIA

Scheda informativa di

Data nascita.....

Codice fiscale

residente a

indirizzo.....

Numeri telefonici (possibilmente almeno 1 cellulare in caso di comunicazioni urgenti)
.....

Numero censimento:.....

nota per le famiglie o i tutori: richiediamo la segnalazione solo di quello che è **importante** per la protezione di questo bambino/a, ragazzo/a in rapporto alle attività che si fanno con gli scout. Es se un ragazzo deve prendere tutti i giorni *medicine* è meglio che il Capo lo sappia, se deve fare terapie una volta al mese non ci riguarda, salvo eventi eccezionali, ma in quel caso si richiede altra documentazione adatta. In caso di *patologie croniche* cardiovascolari, polmonari, infettive, metaboliche o altro, richiediamo - se possibile! - la compilazione di apposito foglio - richiedetecelo! - da parte del **medico specialista** che segue il ragazzo onde poter avere informazioni pratiche ed essere eventualmente forniti di quanto necessario per far fronte ad una emergenza, in attesa di comunicare con voi o con il pronto soccorso. Lo scopo è solo la tutela del vostro bambino/a ragazzo/a. E il vivere più sereni voi e noi.

Perciò riteniamo utile conoscere *patologie recenti* (fratture, interventi) che controindichino certe attività, e periodicamente. Idem per le vaccinazioni che coinvolgono il nostro tipo di attività. Grazie per la collaborazione!

i capi

Vaccinazioni.....antitetanica date:..... antiepatite B date.....
antidifterica date..... antitifida date

Interventi chirurgici/ortopedici o traumi recenti

Quali e quando:.....
.....

Allergie note

a farmaci?.....Se *sì*, quali?.....ad
alimenti,pollini o altro?..... Se *sì* specificare quali.....

.....
Come si manifesta di solito l'allergia.....
cosa fate voi in tal caso?.....

-ha avuto episodi d'asma senza apparente causa allergica?..... quanti e
quando?

- ha problemi di enuresi (pipì a letto)?.....

- ha facilità al vomito?.....

- ha problemi di stipsi, in previsione dei campi:.....

-deve seguire limitazioni nella **dieta**, escluse le allergie?.....

Se *sì* quali?.....

.....
per le fanciulle: ha avuto il menarca (la prima mestruazione)? *sì*
data..... No

-Quali **farmaci** assume di solito in caso di necessità (es. per la febbre, il
mal di testa ecc.)?
.....

Patologie da segnalare ed eventuale foglio suppletivo, vedi sopra

.....
Altro -quello che pensate ci possa servire-.....
.....

Vi preghiamo cortesemente di allegare **fotocopia del tesserino sanitario
e del libretto delle vaccinazioni.**