



VACANZE DI BRANCO

27 LUGLIO – 03 AGOSTO 2019

Comune: **COMELICO SUPERIORE** Provincia: **BL** Regione: **VENETO**
Località: **VALGRANDE – SOGGIORNO DON BOSCO**



SCHEDA MEDICA

Cognome		Nome	
---------	--	------	--

Data di nascita		Luogo di nascita	
-----------------	--	------------------	--

Residenza		CAP		Indirizzo		Tel	
-----------	--	-----	--	-----------	--	-----	--

Codice Fiscale	
----------------	--

Gruppo Sanguigno		Fattore RH	
------------------	--	------------	--

Indicare se si soffre di una malattia cronica che richiede trattamenti specialistici
(indicando la tipologia del trattamento, se possibile allegare un certificato medico che la attesti)

Hai avuto in passato traumi o malattie che abbiano richiesto l'ospedalizzazione? Quali? Sei guarito completamente?

Assumi regolarmente medicine?

In caso affermativo è necessario allegare una prescrizione medica a nome del ragazzo indicante la/le patologia/e presenti, il/i farmaco/i prescritti con indicazione di dosaggio, mezzo di somministrazione (compresse, bustine, iniezioni ecc.), frequenza di somministrazione (una volta al giorno, una volta a settimana ecc.), orario di somministrazione, durata della terapia (per tutto il periodo del campo, per tre giorni ecc.), modalità di conservazione del/dei farmaco/ci (sono a disposizione frigoriferi per la conservazione dei farmaci al campo).

Sei allergico?

Indicare il tipo di allergia e i sintomi con cui si presenta, gli allergeni o le sostanze che la causano, le cautele che il medico curante del ragazzo richiede, siano utilizzate al fine di evitarne la comparsa. In caso di rischio di shock anafilattico, è indispensabile, segnalandolo, che il ragazzo porti con sé (con relativa prescrizione medica) l'adrenalina pronto uso non scaduta. In caso di asma, far precisare al medico curante le precauzioni da utilizzare per evitare attacchi durante le attività (utilizzo di puff broncodilatori preventivi prima di attività fisica intensa ecc.)

Indicare eventuali particolari condizioni che potrebbero impedire o limitare la normale attività fisica, che richiedano assistenza specifica, cautele e controindicazioni particolari.

Hai avuto malattie infettive? Quali? Quando?

Vaccinazioni

Allegare fotocopia del libretto delle vaccinazioni

Problemi neurologici, psicologici, psichici o correlati che ritiene necessario segnalare

Dieta medica

(non si tratta di indicare preferenze o gusti particolari, ma indicazioni mediche di intolleranza o allergia alimentare, come ad esempio pasti per diabetici, senza presenza di latte, di uova, di arachidi e suoi derivati (olio, burro), di frutta secca, di pesce, di molluschi/crostacei, di soia, di frumento/grano. Specificare eventuali intolleranze non comprese in questa lista)

Dieta etica

Specificare se vegetariano o vegan (totale assenza di prodotti animali, es.: latticini, uova, ecc. ecc.)

Sì No

Altro

Note e/o indicazioni del medico curante

Recapiti telefonici della famiglia durante il campo

Nome		Cognome			
Tel. Casa		Tel. lavoro		Cellulare	
Altri recapiti telefonici		e-mail			

Nome		Cognome			
Tel. Casa		Tel. lavoro		Cellulare	
Altri recapiti telefonici		e-mail			

Nominativo e recapiti telefonici del medico curante

Nome		Cognome			
Tel. Casa		Tel. ambulatorio		Cellulare	
Altri recapiti telefonici		e-mail			
Orari e giorni in cui il medico, o un suo sostituto, può essere eventualmente contattato prima e durante il periodo del campo:					

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del responsabile del campo al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. La scheda verrà custodita dal capo campo e verrà distrutta alla fine dell'evento.

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare all'evento scout che si terrà a Comelico Superiore (BL) dal 27 luglio al 03 agosto 2019.

Autorizzo i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali su indicati da me forniti alla partenza.

In caso di eventi gravi (tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute) e che richiedono decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti e terapie in genere anche chirurgiche dichiaro di rimettermi, finché assente, alle decisioni dei responsabili del gruppo scout e all'equipe medica di assistenza.

Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie ivi riportate in relazione al loro utilizzo.

Data _____

Firma dei genitori _____

Importante: oltre alla fotocopia del libretto delle vaccinazioni, per ottenere l'assistenza sanitaria locale è necessario allegare alla presente scheda medica una fotocopia (fronte/retro) della Tessera Sanitaria.

**DA RICONSEGNARE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE
ENTRO E NON OLTRE IL 16 GIUGNO 2019
UNITAMENTE AL SALDO DELLA QUOTA CAMPO**

