

SCHEDA MEDICA PERSONALE

COGNOME	NOME	M	F
NATO A:	IL:		
RESIDENTE A:			
VIA:	CAP	PROV.	
TEL	E-MAIL		
REGIONE	GRUPPO		
COD. PERS. AGESCI	Capi Branco/Reparto/Clan		
Codice fiscale			
USL di appartenenza			

DA COMPILARE SE POSSIBILE A CURA DEL MEDICO CURANTE

Gruppo sanguigno e fattore Rh		
È mestruata?	Sì	NO
È vaccinato/a per :		
Covid 19	Sì	NO
Difterite	Sì	NO
Tetano	Sì Data:	NO
Epatite A	Sì	NO
Epatite B	Sì	NO
Altro:	Sì	NO
Altro:	Sì	NO
Soffre di malattie metaboliche ?	Sì	NO
Descrivere		

Soffre di malattie cardiache?	Sì	NO
Descrivere:		
Soffre di disturbi all'apparato respiratorio?	Sì	NO
Descrivere:		
Soffre di disturbi all'apparato digerente?	Sì	NO
Descrivere:		
Soffre di malattie croniche di altro tipo?	Sì	NO
Descrivere:		
Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra?		
Soffre di allergie?	Sì	NO
Di che tipo?		
A farmaci quali?(elencare le molecole)		

A pollini quali?		
A alimenti quali?		
Altro? (descrivere)		
Deve praticare particolari diete alimentari?		
Sì		NO
Descrivere:		
Della dieta alimentare particolare dovrà comunque essere avvisato il capo.		
Dovrà assumere farmaci?		NO
Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)		
Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria		
Data:		
Timbro e firma del medico curante:		
Medico curante: dott.		
Studio:		
Recapiti telefonici:		
Reperibilità dei familiari durante il campo:		
Tel.		Cell.

Data:	Firma di uno dei genitori
Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. La scheda verrà custodita dai capi reparto.	
Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.	
Data:	Firma di uno dei genitori
1) In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.	
2) Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai capi reparto i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco.	