

SEZIONE SCOUT DI COMO DEL C.N.G.E.I



**CORPO NAZIONALE
GIOVANI ESPLORATORI
ED ESPLORATRICI
ITALIANI**

SCHEDA CON INFORMAZIONI MEDICO SANITARIE

cognome _____
 nome _____
 unità _____

Numeri telefonici da contattare in caso di emergenza

Ente mutualistico dal quale si è assistiti : A.S.L. n° _____ Tessera sanitaria n° _____
 l' interessato/a svolgerà attività come: Lupetto/a Esploratore/trice Rover (barrare casella interessata)

Norme dietetiche particolari ed allergie ai cibi :	Come da certificato medico ALLEGATO
---	-------------------------------------

Allergia a farmaci:	Indicare il principio attivo

Uso abituale di farmaci:	Come da certificato medico ALLEGATO N.B. i farmaci saranno somministrati solo in presenza di prescrizione medica specifica
---------------------------------	---

Malattie dell'infanzia (indicare quelle avute)	
	Rosolia
	Varicella
	Morbillo
	Pertosse
	Parotite
	VI malattia
	V malattia
	Altro (indicare)

Malattie di rilievo in atto o pregresse :
Fratture:
Diabete:
Altro:

Allergopatie	
	Asma allergica
	Rinite allergica
	Dermatiti allergiche
	Congiuntivite allergica

Altre notizie rilevanti:

IMPORTANTE, allegare alla presente scheda :

- **certificato di sana e robusta costituzione anche in copia (purchè non scaduto)**
- **eventuali altri certificati medici come sopra indicato**

Consenso :

In caso di eventuali malattie o ferite contratte dal/dalla mio/a ragazzo/a durante le attività, **consento** già da ora, con la presente, a praticargli/le tutti gli accertamenti e le cure mediche del caso (processi per diagnostiche mediche o chirurgiche, radiografiche, ecografiche, termografiche, anestesia), tutti i trattamenti considerati necessari al giudizio del medico, fino all'eventuale ricovero ospedaliero. So che in caso di malattie o ferite gravi saranno tentati tutti i mezzi per avvertirmi e tenermi informato/a.

Data _____ Il / I genitore/i - Tutore/i _____