



Corpo Nazionale Giovani
Esploratori ed esploratrici
Italiani

CNGEI SEZIONE DI BRACCIANO

GRUPPO BRACCIANO 1 - UNITA'
ANNO SOCIALE 2019-2020

SCHEDA SANITARIA

LA PRESENTE SCHEDA, VERRÀ CUSTODITA DAL CNGEI COSÌ COME INDICATO NELLA INFORMATIVA DELLA PRIVACY
SOTTOSCRITTA QUALE ESPRESSIONE DEL CONSENSO RILASCIATO

INFORMAZIONI PERSONALI

I SOTTOSCRITTI

(NOME COGNOME DEI GENITORI O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE)

DICHIARANO QUANTO SEGUE PER MEGLIO PROTEGGERE LA SALUTE DI

NOME

COGNOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

RESIDENTE A VIA N°

PERSONE DA CONTATTARE IN CASO DI URGENZA

NOMINATIVO	RAPPORTO DI PARENTELA	RECAPITO TELEFONICO

INFORMAZIONI MEDICHE

MALATTIE DA SEGNALARE

- ASMA
- CARDIOPATIA (TIPO:.....)
- DERMATITE
- DIABETE
- EPILESSIA
- RINITE ALLERGICA
- ALTRO.....

ALLERGIE A MEDICINALI

- SI
- No
- NON NOTE
- QUALI.....

ALLERGIE OD INTOLLERANZE AD ALIMENTI (COMPRESO MORBO CELIACO - INTOLLERANZA AL GLUTINE)

- SI
- No
- QUALI.....

ALTRE ALLERGIE (PUNTURE DI INSETTI, POLLINI, ETC.....)

- SI
- No

QUALI??.....

MEDICINALI DA PRENDERE DURANTE LE ATTIVITA' (È NECESSARIO PREMUNIRSI SELLA PRESCRIZIONE MEDICA E SEGNARE LA DOSE SULLA CONFEZIONE DEL MEDICINALE):

SI

NO

QUALI.....

NELL'EVENTUALITÀ DI MORSO DI VIPERA, SI AUTORIZZA IL MEDICO A PRATICARE IL SIERO ANTIVIPERA?

SI

NO

IL/LA RAGAZZO/A PORTA APPARECCHI ORTODONTICI DENTARI MOBILI?

SI

NO

IL/LA RAGAZZO/A HA FRUITO DI TUTTE LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE PER LEGGE?

SI (ALLEGATO CERTIFICATO VACCINALE)

NO (ALLEGATA DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ PER COLORO CHE NON HANNO RITENUTO OPPORTUNO VACCINARE I PROPRI FIGLI)

NELL'EVENTUALITÀ DI FERITA, SI AUTORIZZA IL MEDICO A PRATICARE IL TRATTAMENTO CON IMMUNOGLOBOLINE ANTITETANICHE E/O VACCINAZIONE ANTITETANICA?

SI

NO

REGIME ALIMENTARE PARTICOLARE :.....

.....(ALLEGARE PRESCRIZIONE DIETOLOGICA)

COSA NON POSSO MANGIARE: (CIBI, ORARI, ETC.)

.....

ALTRE INFORMAZIONI NECESSARIE:

.....

.....

ATTIVITÀ SCONSIGLIATE PER RAGIONI MEDICHE:

.....

AUTORIZZO/IAMO IL CAPO UNITÀ O, IN SUA ASSENZA O IMPOSSIBILITÀ, I SUOI COLLABORATORI ADULTI, A PRENDERE EVENTUALI DECISIONI IN CASO DI CURE SANITARIE URGENTI (SU INDICAZIONE DI MEDICI QUALIFICATI), NEL CASO NON MI/CI SI RIESCA A CONTATTARE PREVENTIVAMENTE TELEFONICAMENTE AI CONTATTI TELEFONICI SOPRADDETTI.

ALLA PRESENTE SONO ALLEGATE COPIE DI

1. TESSERA SANITARIA DEL SOCIO

2. CERTIFICAZIONE VACCINALE OPPURE LIBERATORIA E ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

3. FOTOCOPIE DEI DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO DEI FIRMATARI.

I SOTTOSCRITTI SI IMPEGNANO A MANTENERE AGGIORNATE NEL CORSO DEL PRESENTE ANNO SOCIALE LE INFORMAZIONI FORNITE QUI E NEGLI ALLEGATI

DATA _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE
