



Brigata
Scout
Locarno

CERTIFICATO MEDICO

ANNO SCOUT 2016-2017

AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute dell'attivo

Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale del ragazzo, fintanto che non abbia raggiunto la maggiore età.

Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del capo unità.

I formulari verranno distrutti alla fine dell'anno (tuttavia c'è la possibilità di farsi restituire la fotocopia delle vaccinazioni, segnando un "Sì" alla seconda domanda del punto 12.)

Anno Scout 2016-2017

Cognome del/la partecipante

Nome del/la partecipante

Data di nascita Sesso femmina maschio

Domicilio Autorità parentale

Nazionalità Telefono.....

Assicurazione malattia e Infortuni

Se assicurato REGA, indicare p.f. il numero di sostenitore

In caso di necessità/urgenza contattare:

Cognome e nome della persona da contattare

Telefono privato Telefono cellulare

Telefono lavoro

Medico curante del partecipante:

Cognome e nome..... Località

Telefono studio.....

SI NO Se sì, specificare

1. Allergie a medicinali

.....

2. Altre allergie (cibo, piante, animali)

.....

