



CERTIFICATO MEDICO

BRIGATA SCOUT LOCARNO

Anno

- Lupetti Esploratori Pionieri Animatori
 Anno Scout Campo Estivo Campo Invernale Corsi Pasquali

AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute dell'attivo

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

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

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.)

Nome e Cognome del/la partecipante	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio
Domicilio	<input type="text"/>		
Autorità parentale	<input type="text"/>		
Nazionalità	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>
Assicurazione malattia e Infortuni	<input type="text"/>		
Se assicurato REGA, indicare p.f. il numero di sostenitore	<input type="text"/>		

In caso di necessità/urgenza contattare:

Cognome e nome della persona da contattare

Telefono privato , cellulare , lavoro

Medico curante del partecipante:

Cognome e nome Località

Telefono studio

	SI	NO	Se sì, specificare
1. Allergie a medicinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>
2. Altre allergie e intolleranze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>

- | | SI | NO | Se sì, specificare |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| 3. Asma o altri disturbi respiratori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 4. Diabete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 5. Epilessia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 6. Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 7. Disturbi del comportamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 8. Porta occhiali o lenti a contatto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 9. Porta apparecchi/protesi dentali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 10. Segue una dieta speciale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

11. Ci sono attività fisiche che non può fare? SI NO

12. È vaccinato contro il tetano? SI NO

p.f. unire fotocopia del certificato di vaccinazione

- Restituzione fotocopia? SI NO

13. Assume dei farmaci? SI NO

se sì, provvedere ad una scorta adeguata alla durata del soggiorno

Nome del farmaco	Dosaggio (es. 1 pastiglia al mattino)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

14. È autonomo nel prendere i farmaci? SI NO

Altre particolarità da segnalare?

16. Religione?

Vi preghiamo di allegare una **copia della tessera della cassa malati e del certificato delle vaccinazioni.**

Firmando il presente formulario l'autorità parentale si fa garante della copertura assicurativa del partecipante e della veridicità e completezza dei dati forniti.

In fede.

Luogo e data Firma dell'autorità parentale

Firma del partecipante