



VAL D'ENZA 1

## SCHEDA MEDICA - GRUPPO SCOUT NAUTICO AGESCI VAL D'ENZA 1

Nome e Cognome Socio \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### Branca di Riferimento:

Castorini     Branco     Reparto     Clan

- ❖ **Indicare se si soffre di una malattia cronica che richiede trattamenti specialistici**  
(indicando la tipologia del trattamento, allegare un certificato medico che la attesti)

---

---

---

- ❖ **Assumi regolarmente medicine?**

---

---

---

- ❖ **Hai allergie?**

(Indicare il tipo di allergia e i sintomi con cui si presenta, gli allergeni o le sostanze che la causano, le cautele che il medico curante del ragazzo richiede, siano utilizzate al fine di evitarne la comparsa. In caso di rischio di shock anafilattico, è indispensabile, segnalandolo, che il ragazzo porti con sé (con relativa prescrizione medica) l'adrenalina pronto uso non scaduta. In caso di asma, precisare le precauzioni da utilizzare per evitare attacchi durante le attività (utilizzo di puff broncodilatatori preventivi prima di attività fisica intensa ecc.)

---

---

---





VAL D'ENZA 1

## SCHEDA MEDICA - GRUPPO SCOUT NAUTICO AGESCI VAL D'ENZA 1

- ❖ **Indicare eventuali particolari condizioni che potrebbero impedire o limitare la normale attività fisica e la deambulazione, o che richiedano assistenza specifica, cautele e controindicazioni particolari.**

---

---

---

- ❖ **Problemi neurologici, psicologici, psichici o correlati che ritiene necessario segnalare.**

---

---

---

- ❖ **Altro da segnalare.**

---

---

---

- ❖ **Note e/o indicazioni.**

---

---

---





VAL D'ENZA 1

## SCHEDA MEDICA - GRUPPO SCOUT NAUTICO AGESCI VAL D'ENZA 1

### VACCINAZIONI EFFETTUATE

Il DTP (antidifterico-tetanica-pertosse) è la vaccinazione obbligatoria che viene somministrata a 3, 6 e 12 mesi	Difterite	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
	Tetano (ultima somministrazione dopo il 1996)	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
	Pertosse	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
Vaccinazione somministrata come MMR (Morbilli-parotite-rosolia) a 15-18 mesi e 6 anni	Morbillo	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
	Orecchioni	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
	Rosolia	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
	Anti Haemophilus tipo B	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
	Anti meningococco tipo C	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
	Antitubercolare	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No

#### ❖ Dieta Medica.

(non si tratta di indicare preferenze o gusti particolari, ma indicazioni mediche di intolleranza o allergia alimentare, come ad esempio pasti per diabetici, senza presenza di latte, di uova, di arachidi e suoi derivati (olio, burro), di frutta secca, di pesce, di molluschi/crostacei, di soia, di frumento/grano. Specificare eventuali intolleranze non comprese in questa lista)

---



---



---

#### ❖ Dieta etica

Specificare se vegetariano o vegano (totale assenza di prodotti animali, es.: latticini, uova, ecc. ecc.)

Vegetariano  Sì  No

Vegano  Sì  No





VAL D'ENZA 1

## SCHEDA MEDICA - GRUPPO SCOUT NAUTICO AGESCI VAL D'ENZA 1

### ❖ Attività nell'acqua.

I partecipanti che prendono parte alle attività acquatiche devono essere nuotatori. Per nuotatore si intende chi è in grado di nuotare per 50 metri in vestiti leggeri e restare a galla per 5 minuti. Coloro che non sanno nuotare possono prendere parte alle attività acquatiche a discrezione della persona responsabile.

Nuotatore  Sì  No

**Per la sicurezza è importante indicare con correttezza le proprie capacità di nuotatore:**

alta  media  bassa  insufficiente

### RECAPITI TELEFONICI

Telefoni Fissi \_\_\_\_\_

Telefoni Mobili \_\_\_\_\_

Altri Recapiti \_\_\_\_\_

### NOTE

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.

Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

**Data**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma (dei genitori per i minorenni)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

