**FORMULARIO MEDICO ANNO SCOUT**

**Informazioni sul partecipante**

Nome e cognome:

Data di nascita:

Indirizzo completo:

**Autorità parentale (papà e/o mamma)**

Nome e cognome:

Telefono:

**Persona di contatto in caso di emergenza**

Nome e cognome:

Indirizzo completo:

Telefono fisso:

Telefono mobile:

**Cassa malati del partecipante**

Cassa malati:

Nr. assicurato:

**Medico curante del partecipante**

Nome e cognome:

Indirizzo completo:

Telefono studio medico:

**Informazioni sullo stato di salute del partecipante**

Malattie recenti (malattie croniche, asma,….): No Sì, specificare

Allergie o intolleranze alimentari: No Sì, specificare e allegare il certificato medico

**Malattie infettive avute**

Morbillo Orecchioni Varicella Rosolia

Vaccinazione contro il tetano: No Sì, anno dell’ultimo richiamo:

Vaccinazione contro le zecche (FSME): No  Sì, anno dell’ultimo richiamo:

Assume regolarmente dei medicamenti ,…): No Sì, (quale? Come?)

Assume al bisogno dei medicamenti: No Sì, (quale? Come?)

**Altre informzioni**

È in grado di galleggiare in acqua dove non si tocca con i piedi?  No  Sì

Soffre di vertigini legate al vuoto o all’altezza?  No  Sì

Luogo e data:

Firma autorità parentale:

**Nota bene**

Le informazioni qui contenute saranno trattate con la massima riservatezza e saranno usate solo in caso di necessità. Alla fine dell’anno scout (dopo il campeggio estivo) il formulario verrà distrutto. Le assicurazioni malattina, infortuni e responsabilità civile sono a carico dei partecipanti. Con la propria firma, chi detiene l’autorità parentale conferma la correttezza e la completezza dei dati contenuti nel presente formulario medico e autorizza i capi e le akele della Sezione, in caso di emergenza, a intraprendere i passi necessari per dare avvio a cure mediche d’urgenza anche senza essere ulteriormente consultato/a. Se nel corso dell’anno scout dovessero esserci delle modifiche da apportare al presente formulario chiediamo a chi detiene l’autorità parentale di comunicarlo immediatamente al Capo Branca del/la proprio/a figlio/a.