

FORMULARIO MEDICO ANNO SCOUT 2024-2025

Il presente certificato deve essere compilato con cura dai genitori e ritornato al proprio responsabile.
Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo degli animatori e del personale sanitario.

Dati personali del/la bambino/a // ragazzo/a:

Cognome e nome

Data di nascita Sesso femmina maschio

Nazionalità

Via e numero NPA e luogo

Telefono Paternità (Autorità parentale)

Assicurazione malattia e infortuni e **numero AVS**

In caso di necessità/urgenza contattare:

Cognome e nome (ev. indirizzo)

Telefono privato Telefono cellulare.....

| | SÌ | NO | Se sì, specificare |
|---|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Allergie (medicamenti, cibo, piante, animali) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Malattie particolari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. È vaccinato contro il tetano? Data | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Soffre di vertigini? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Sa nuotare | Buon nuotatore <input type="checkbox"/> | Principiante <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. Altre particolarità da segnalare (regime alimentare particolare, ...)? | | | |

Preghiamo i genitori di volerci specificare senza paura particolari condizioni di salute dei figli (dieta speciale, facilità alla febbre, ecc...): per noi sarà di grande aiuto. Scrivete i vostri consigli/osservazioni sul retro del foglio. Grazie.

Solleveremo sin d'ora la Sezione Scout da ogni responsabilità circa la natura, la veridicità e la completezza delle informazioni fornite. Certificiamo che le stesse sono corrette e aggiornate.

Cognome e nome di un genitore

Luogo e data Firma