

# Formulario medico

## Dati anagrafici

Nome	.....
Cognome	.....
Data di nascita	.....
Sesso	.....
Indirizzo completo	..... ..... .....
Autorità parentale (nome, cognome, numero di telefono)	..... ..... .....
Assicurazione malattia e infortuni	Nome cassa malati: ..... Nome assicurazioni infortuni: ..... Nr. AVS: .....
Medico curante (nome, cognome, località)	..... ..... .....

**Informazioni mediche**

	Sì	No	Osservazioni (se sì specificare qui sotto)
Allergie a farmaci?			..... .....
Allergie alimentari o intolleranze?			..... .....
Altre allergie? (piante, animali, ...)			..... .....
Asma o altri disturbi respiratori?			..... .....
Dieta speciale?			..... .....
Diabete?			..... .....
Epilessia?			..... .....
Disturbi psichiatrici?			..... .....
Disturbi del comportamento?			..... .....

Altre malattie o disturbi cronici?			..... .....
Disturbi del sonno / sonnambulismo?			..... .....
Enuresi notturna (bagna il letto)?			..... .....
Porta occhiali / lenti a contatto?			..... .....
Porta apparecchi / protesi dentali?			..... .....
Ci sono attività fisiche che non può fare?			..... .....
È vaccinato / a contro il tetano?			Se sì, quando ha fatto l'ultimo richiamo? .....

**Terapia abituale (se assunta)**

Nome farmaco e dosaggio	Quando e come lo assume?	Osservazioni

**Altro**

Nuoto	Sì, anche in acqua alta	Osservazioni: ..... ..... .....
	Sì, solo dove tocca	
	No	
Vertigini	Sì	Osservazioni: ..... .....
	No	

Con la presente dichiaro di aver redatto il formulario medico in modo veritiero e conforme alla realtà dei fatti. Autorizzo i capi unità e/o le cape unità a trattare e a trasmettere le informazioni in esso contenute esclusivamente per finalità mediche e di tutela della sicurezza.

Luogo e data: .....

Firma dell'autorità parentale: .....