



A.G.E.S.C.I. – Gruppo scout CANDA 1 – Clan/Fuoco “Emmaus”
SCHEDA SANITARIA E DI ADESIONE ALLA ROUTE ESTIVA 2017



DATI PERSONALI (di chi partecipa al campo)

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____ Telefono _____

INFORMAZIONI SANITARIE

Gruppo sanguigno _____ N° Libretto Sanitario _____

In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti riempire lo spazio delle Note per specificare meglio il problema.

<i>Ha mai avuto manifestazioni allergiche...</i>			<i>Ha mai subito iniezioni da siero</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
...a medicinali	<i>si</i>	<i>no</i>	limitazioni nella alimentazione	<i>si</i>	<i>no</i>
...alimentari	<i>si</i>	<i>no</i>	Attualmente soffre di patologie particolari	<i>si</i>	<i>no</i>
...a punture d’insetto	<i>si</i>	<i>no</i>	Soffre di emorragie (naso, bocca,...)	<i>si</i>	<i>no</i>

Mestruada: *si* *no*

Malattie esantematiche: _____

Malattie ed infortuni avuti in passato: _____

VACCINAZIONI RICHIESTE PER IL CAMPO: _____

ANTITETANICA ultimo richiamo: ___/___/___ ANTITIFICA ultimo richiamo: ___/___/___

Note: (per la comunicazione di altre informazioni utili, in caso continuare nel retro della scheda) _____

AUTORIZZAZIONE

Io sottoscritto _____

AUTORIZZO mio/a figlio/a _____

a partecipare alla Route Estiva, che si terrà in località: **NORCIA - PRECI (PG)**

dal **17/08/2017** al **23/08/2017** con il Clan/Fuoco “Emmaus” del gruppo scout Agesci Canda 1.

Io autorizzo altresì a prendere parte a tutte le attività che verranno svolte, sia esse di Clan, a piccoli gruppetti o anche singolarmente, consapevole che talune attività di possono svolgersi senza la presenza di un capo adulto.

Dichiaro di essere stato messo a conoscenza della possibilità che durante la Route mio/figlio/a salga su veicoli condotti da altri genitori o terze persone individuate dai capi e resesi disponibili a svolgere un servizio di trasporto.

Inoltre autorizzo i capi censiti nel Gruppo scout Agesci Canda 1 che saranno presenti alla Route, a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie urgenti (su indicazioni di medici qualificati), nel caso in cui non si riesca a contattarmi telefonicamente ai seguenti recapiti, ove sarò reperibile nel periodo di svolgimento della Route:

Data _____

Firma _____

Dichiaro, sotto la mia responsabilità che mio figlio ha effettuato le vaccinazioni richieste e che gode di uno stato di buona salute; altresì nel caso che una o entrambe le vaccinazione non fossero state effettuate, autorizzo comunque la partecipazione di mio figlio alla Route, assumendomene la responsabilità, consapevole che saranno prese tutte le necessarie precauzioni.

Firma _____