



A.G.E.S.C.I. – Gruppo scout CANDA 1 – Reparto GRANDE MAGNOLIA
SCHEDA SANITARIA E DI ADESIONE AL CAMPO ESTIVO 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 al campo scout, che si terrà in località: **VAL SAN VALENTINO – PORTE DI RENDENA (TN)**

dal **06/08/2017** al **19/08/2017** con il Reparto *"Grande Magnolia"* del gruppo scout Agesci Canda 1.

Io autorizzo altresì a prendere parte a tutte le attività che verranno svolte, sia esse di Reparto che di Squadriglia, consapevole che talune attività di squadriglia possono svolgersi senza la presenza di un capo adulto.

Dichiaro di essere stato messo a conoscenza della possibilità che durante il viaggio di andata/ritorno mio/a 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 al campo, 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 del campo: _____

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 al campo, assumendomene la responsabilità, consapevole che saranno prese tutte le necessarie precauzioni.

Firma _____