

Campo Base diocesano per aiuto-educatori ACR
Monteleco 10 - 16 giugno 2019
Scheda Sanitaria

La seguente scheda ha lo scopo di informare i responsabili riguardo eventuali disturbi del/della giovane; inoltre raccoglie informazioni sanitarie utili a scopo preventivo e in caso di interventi di pronto soccorso.

__l__ sottoscritt__ _____

genitore di _____ nat__ il __/__/____ a _____

residente a _____ in _____

dichiara, sotto la propria responsabilità, che __l__ figli__ non presenta sintomi di malattie o infezioni trasmissibili tali da escludere la possibilità di vita comunitaria.

1. ALLERGIE NOTE (Es.: ai farmaci; alle graminacee; a sostanze specifiche; etc.)

2. MALATTIE INFETTIVE GIA' PASSATE

MORBILLO

VARICELLA

ROSOLIA

PERTOSSE

PAROTITE

SCARLATTINA

ALTRO _____

3. VACCINAZIONI ESEGUITE

ANTIPOLIO

ANTIEPATITE

ANTIMORBILLO

ANTIDIFTERICA

ANTIROSOLIA

ANTIPERTOSSE

ANTITETANICA

ALTRO _____

4. PATOLOGIA/E PRESENTE/I (Es.: diabete; epilessia; asma bronchiale; etc.)

4bis. CURE IN CORSO PER LA/E PATOLOGIA/E

NOME DEL FARMACO: _____

DOSE GIORNALIERA: _____ ORARI DI ASSUNZIONE: _____

5. DISTURBI RICORRENTI

CEFALEA

ERUZIONI CUTANEE

DISTURBI GASTRO-INTESTINALI

ALTRO _____

5bis. EVENTUALI TERAPIE AL BISOGNO

NOME DEL FARMACO: _____ DOSE: _____

NUM TESSERA SANITARIO: _____

CODICE FISCALE: _____

MEDICO CURANTE

Nome _____ Tel _____

RECAPITI TELEFONICI GENITORI DURANTE IL CAMPO

Tel 1 _____ Tel 2 _____

Inoltre, autorizzo i responsabili del Campo Base ACR che saranno presenti, 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 recapiti sopra riportati.

NOTE:

Si allega fotocopia della Tessera Sanitaria e certificato vaccinale.

Data _____

In Fede
