



AGESCI

associazione guide e scouts cattolici italiani
gruppo **GUIDONIA 3** rep. "Arkadia"

La scheda medica che segue ha lo scopo di comunicare a noi Capi tutte le informazioni sanitarie che riguardano vostro figlio/a e che ci sono necessarie al fine di assicurare ai ragazzi il miglior trattamento medico possibile, nel malaugurato caso che abbiano bisogno di cure per infortuni o malattie.

Qualsiasi informazione ci trasmettiate sarà divulgata *solo a quelle persone che per motivi di servizio devono conoscere la storia sanitaria dei vostri figli (Capi Scout, medici, ecc.)* rispettando la riservatezza richiesta dalla Legge e dal buon gusto. Siete pregati pertanto di riempire la scheda con la massima attenzione possibile, senza omettere o variare nulla, nell'esclusivo interesse dei vostri figli a cui, per il periodo del Campo, noi Capi dovremo fare da padre e da madre.

La scheda medica deve essere compilata in ogni sua parte, *in stampatello leggibile o a macchina*. Le parti che il genitore non ritiene di dover compilare *devono essere barrate*, in modo da dimostrare che sono state almeno lette. La scheda deve essere firmata da uno dei due genitori: in caso di genitori separati o divorziati, deve essere firmata dal genitore cui il ragazzo/a è stato affidato al momento della separazione.

Insieme alla scheda medica, prima della partenza per il Campo, devono essere consegnati alla staff di Reparto:

1. Fotocopia del libretto sanitario: *fare attenzione a che risultino perfettamente leggibili* il nome e il numero di matricola del medico curante e il nome e il numero di matricola del ragazzo/a.
2. Dichiarazione dei genitori in cui si attesti che il proprio figlio è immune da malattie contagiose e non mostra controindicazioni alla vita di campeggio al di sopra dei 1000 mt. e alle escursioni montane non alpinistiche. A tale scopo vi consigliamo vivamente di far visitare il vostro figlio/a da un medico che accerti quanto sopra
3. Autorizzazione a partecipare al Campo
4. Informativa ex Legge 675/96 (c.d. legge sulla privacy), debitamente firmata per presa visione.

Quei documenti che sono stati consegnati alla Staff di Reparto in passato e i cui dati *non sono variati* non devono essere consegnati di nuovo.

Nell'interesse dei ragazzi stessi, nessun/a ragazzo/a può partecipare al Campo se tutti i documenti non sono stati consegnati in perfetto ordine alla staff di Reparto prima della partenza.

Nel caso che i vostri figli stiano seguendo una terapia da continuare durante il Campo, i medicinali in questione dovranno essere consegnati ai Capireparto insieme alla ricetta del medico, dove siano indicati chiaramente *con grafia leggibile* le modalità di somministrazione (dosi e momenti della giornata). In nessun caso i ragazzi dovranno assumere autonomamente farmaci di nessun tipo.

Richieste di informazioni possono essere rivolte a:

LUANA FRATINI	3355443541
MATTEO BELLO	3356511038

Con amicizia
La staff di Reparto

Guidonia, 09/07/10

SCHEDA MEDICA

1) Dati anagrafici del/della ragazzo/a:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Num. di telefono _____/_____

2) Recapito dei genitori o di un familiare durante il periodo del Campo Estivo

Cognome e nome _____ grado di parentela _____

indirizzo _____ num. di telefono _____/_____

3) Il medico curante:

Cognome e nome _____ indirizzo _____

telefono abitazione _____/_____ telefono ambulatorio _____/_____

4) Patologie croniche o ricorrenti:

Patologie respiratorie _____

Patologie cardiache _____

Altro _____

5) Patologie gravi sofferte in passato

6) Malattie infettive sofferte in passato

7) Interventi chirurgici subiti

Intervento _____ anno _____ ospedale _____

Intervento _____ anno _____ ospedale _____

8) Allergie:

Farmaci _____

Sostanze di origine animale _____

Sostanze di origine vegetale _____

Alimenti _____

Altro _____

9) Farmaci utilizzati abitualmente (indicare il nome del /dei farmaco/i usati e la posologia):

per forme influenzali _____

per altre patologie (specificare) _____

10) Terapie in atto, da proseguire anche durante la Route (indicare la patologia, i farmaci e la relativa posologia):

11) Reazioni allergiche in caso di profilassi con sieri (indicare il tipo di siero, il tipo di reazione sofferta e la terapia effettuata o da effettuare)

12) Data dell'ultimo richiamo della vaccinazione antitetanica _____

13) Riservato alle ragazze:

Disturbi in occasione del ciclo mestruale _____

Farmaci assunti in occasione del ciclo mestruale _____

14) Gruppo sanguigno _____

15) Altre notizie che i genitori desiderano comunicare (avvertimenti, precauzioni, ecc.):

16) E' stato interpellato il medico curante al momento di compilare questa scheda ?

Si

No

17) Numero di iscrizione del/della ragazzo/a alla U.S.L. _____

Data _____

Firma di uno dei genitori
