

Questionario medico per attività e campeggio

I dati di questa scheda servono per prendere dei provvedimenti medici immediati e per avvisare tempestivamente i genitori in caso di avvenimenti imprevisti. Tutte le informazioni qui indicate sono a disposizione dei responsabili e saranno trattate in modo strettamente confidenziale.

Dati personali

Nome: _____ Cognome: _____
 Paternità: _____ Telefono: _____
 Nazionalità: _____ Cellulare: _____
 Via: _____ NAP e Paese: _____

Indirizzo ulteriore in caso di necessità (parenti, casa di vacanza)

Nome: _____ Cognome: _____
 Telefono: _____ Cellulare: _____
 Via: _____ NAP e Paese: _____

Assicurazioni private

Cassa malati: _____
 Ass. infortuni: _____

Medico di Famiglia

Nome: _____ Cognome: _____
 Via: _____ NAP e Paese: _____
 N° Telefono: _____ Ev. cellulare: _____

Osservazioni e raccomandazioni particolari:

Allergie o malattie (raffreddore da fieno, asma, allergie a punture d'insetti, ...)

Deve prendere medicinali regolarmente? Sì No

Se sì, quali? _____

Quando e quanto? _____

Medicamenti somministrati da: Partecipante Animatori

Girare per favore!

Formulario medico di:

Vaccinazioni (Allegare una fotocopia del certificato)

Antitetanica: Si No

Data ultimo richiamo: _____

Indicazioni sullo stato di salute (infortuni o operazioni particolari)

Segue regolarmente le lezioni di ginnastica. Si No

Segue regolarmente le lezioni di nuoto? Si No

Elenco malattie già avute ed infortuni

Malattia	Data	Malattia	Data
Morbillo:	_____	Varicella:	_____
Pertosse:	_____	Rosolia:	_____
Scarlattina:	_____	Orecchioni:	_____
Epatite:	_____	Appendicite:	_____
Ernie:	_____	Fratture:	_____

Prescrizioni particolari (apparecchio per i denti, medicinali vari, ...)

Deve portare l'apparecchio regolarmente? Si No

Gestione dell'apparecchio Partecipante Animatori

Deve prendere medicinali regolarmente? Si No

Medicinali somministrati da Partecipante Animatori

Allergie alimentari

È allergico a qualche alimento? Si No

Quale? In che caso? _____

Provvedimenti da prendere _____

Attestiamo che i dati indicati, in questo formulario sono corretti e aggiornati.

Luogo e Data: _____

Firma dei genitori: _____

Formulario per cure mediche necessarie

Compilate questo formulario se durante il campo dovete prendere dei medicinali specifici. In casa lupetti ed al campo esplo ci saranno dei risposabili che si occuperanno di somministrare i farmaci necessari. Se non avete necessit  di farmaci o altro non   necessario ritornare questo formulario.

Dati personali

Nome: _____ Cognome: _____

Cure Mediche necessarie

Medicamenti: _____

Medicamenti somministrati da: Partecipante Animatori

Apparecchio per i denti: _____

Apparecchio posizionato da: Partecipante Animatori

Antiallergici: _____

Antiallergici somministrati da: Partecipante Animatori

Altre prescrizioni: _____

Farmaci somministrati da: Partecipante Animatori

Luogo e Data: _____

Firma dei genitori: _____