



Questionario medico per il 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. Alla fine del campeggio i formulari saranno distrutti.

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:

Vaccinazioni (Allegare una fotocopia del certificato)

Antitetanica: Sì No

Data ultimo richiamo: _____

Indicazioni sullo stato di salute (infortuni o operazioni particolari)

Segue regolarmente le lezioni di ginnastica. Sì No

Segue regolarmente le lezioni di nuoto? Sì No

Girare per favore!

**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, ...)

Deve portare l'apparecchio regolarmente?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Gestione dell'apparecchio	<input type="checkbox"/> Partecipante	<input type="checkbox"/> Animatori
Deve prendere medicinali regolarmente?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

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 Monitori/monitrici**Allergie alimentari**È allergico a qualche alimento? Sì No

Quale? In che caso? _____

Provvedimenti da prendere _____

Autorizzazione

Autorizzo le persone responsabili della farmacia da campo a somministrare farmaci comuni in caso di malattie leggere o leggeri infortuni (mal di stomaco, nausea, ecc.).

 Sì No*I genitori saranno sempre informati su eventuali malesseri dei propri figli.*

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

Luogo e Data: _____

Firma dell'autorità parentale: _____

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 Monitori/monitrici

Apparecchio per i denti: _____

Apparecchio posizionato da: Partecipante Monitori/monitrici

Antiallergici: _____

Antiallergici somministrati da: Partecipante Monitori/monitrici

Altre prescrizioni: _____

Farmaci somministrati da: Partecipante Monitori/monitrici

Luogo e Data: _____
Firma dell'autorit  parentale: _____