



Scheda Medica



Il sottoscritto in qualità di
(nome e cognome) (padre/madre/.....)

del figlio/a
(nome e cognome)

nato/a il/...../..... a:

Indirizzo: N°
(Via/Viale/Piazza/...) (Cap) (Città)

Gruppo sanguigno: RH:

Vaccinazioni effettuate:

- Antitetanica il/...../.....
(data ultimo richiamo)
- Vaccinazioni obbligatorie effettuate il/...../.....
(data ultimo richiamo)

Malattie infettive avute in passato:

.....
.....

Intolleranze a cibi particolari:

.....
.....

Allergie:

.....
.....

Altro: (Eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria, specificare se esistono particolari medicine da somministrare)

.....
.....

N° tessera sanitaria Asl di appartenenza:

N.B. - Allegare la fotocopia della tessera sanitaria f/r!

Medico curante Recapito telefonico
(nome e cognome)

Reperibilità dei genitori durante l'evento scout:/.....
(cellulare padre) (cellulare madre)

Data:/...../.....

Firma del genitore

.....

