



- Scheda Personale e Medica -



Cognome:	Nome:
Nato/a il:	a:
Residente a:	in Via:
Tel in caso di urgenza:	
Tessera sanitaria n°	
Medico curante:	Telefono:

Gruppo Sanguigno: Gruppo Sanguigno: _____ RH: _____

CONTATTI E INFORMAZIONI

Cell. madre _____ Cell. padre _____ Email _____
Cell. di un familiare, in caso di necessità _____ Altro _____

Nome Cognome Madre _____ Nome e Cognome Padre _____
Data e luogo di nascita madre _____ Data e luogo di nascita padre _____
Professione madre _____ Professione Padre _____

Ha fratelli e sorelle si no Il nucleo familiare è composto da: _____

I genitori sono: sposati conviventi separati divorziati altro (specificare) _____
il ragazzo vive con uno solo dei due genitori (o con un parente specificare chi) _____

SCUOLA E ATTIVITA' EXTRASCOLASTICHE:

Scuola frequentata: _____ situata a _____ in via _____
classe _____ ore settimanali _____ tempo pieno SI NO Frequenta la scuola il sabato? SI NO

Attività extrascolastiche (sport, corsi, catechismo ecc. inserire nei giorni le ore in cui frequentano l'attività)

Lunedì _____ Martedì _____ Mercoledì _____
Giovedì _____ Venerdì _____ Sabato _____
Domenica _____

Scheda medica

VACCINAZIONI:

È in regola con le vaccinazioni? **SI/NO** È stato effettuato l'ultimo richiamo di Antitetanica? _____

MALATTIE

Il/la bambino/a è attualmente affetto da malattie? SI NO Indicare quali: _____

Indicare malattie infettive avute in passato _____

ALLERGIE:

Il/la bambino/a si è mai sottoposto a test allergologici o di intolleranze? SI NO

A cosa risulta allergico/intollerante: _____

Il/la bambino/a è dotato di farmaci (prescritti dal medico) per fronteggiare eventuali crisi? SI NO

Se si, indicare il nome del farmaco da somministrare: _____

Il/la bambino/a è mai stato punto da api o vespe? SI NO Se si, indicare che tipo di reazione ha avuto: _____

Il/la bambino/a è dotato di farmaci anti Shock Anafilattico regolarmente prescritti dal medico? SI NO

ASMA:

Il/la bambino/a soffre o ha mai sofferto d'asma? SI NO

È dotato di farmaco salvavita regolarmente prescritto dal medico? **SI/NO**

Se si, di quale farmaco è dotato: _____

DIFETTI CONGENITI: Indicare eventuali difetti congeniti: _____

FRATTURE ED INTERVENTI CHIRURGICI:

Indicare eventuali fratture avute o interventi subiti in passato:

ALIMENTAZIONE:

Il/la bambino/a soffre di Favismo? SI NO Se si, può comunque mangiare i piselli? SI NO

Il/la bambino/a soffre di Celiachia? SI NO **Se si, concordare con lo staff un menù alternativo.**

Il/la bambino/a è allergico a qualche alimento (certificato dal medico)? SI NO Se si, indicare a quali alimenti:

PSICOLOGIA:

Il/la bambino/a soffre o ha mai sofferto di crisi di panico? SI NO

Soffre Di Crisi Di Allontanamento, Stati D'ansia ecc SI NO _____

Eventuali disturbi o sospetti di cui i capi educatori debbano essere informati (disturbo dell'attenzione, iperattività, disturbi dell'apprendimento, dsa, disturbi del linguaggio, autismo, o tratti di autismo ecc,) specificare se si tratta di sospetti o disturbi accertati e quali. SI NO

Indicare nel seguito informazioni su **ASPETTI DEL CARATTERE** del/la bambino/a che possano risultare utili agli educatori per meglio interagire con esso/a ed educarlo/a (anche alla luce del particolare metodo coeducativo Scout di cui ci avvaliamo come AGESCI):

FARMACI:

Il/la bambino/a segue una qualche farmacoterapia (di qualsunque genere)? **SI / NO**

Se si, indicare farmaco, modi e tempi di somministrazione, sarà cura dello staff vigilare sulla regolare e corretta assunzione:

Antipiretico normalmente usato? _____

Farmaco utilizzato normalmente per il mal di gola? _____

ALTRE INFORMAZIONI:

Soffre di Epistassi? SI NO

Soffre o ha mai sofferto di Crisi Epiletiche? SI NO

Ha mai sofferto di Appendicite? SI NO

Se è una ragazza, è sviluppata? SI NO

Se no, informata? SI NO

Altre notizie che si ritiene utile comunicare (alimentazione, socializzazione, scuola, difficoltà ecc)

CHI HA COMPILATO LA SEGUENTE SCHEDA SI ASSUME LA TOTALE RESPONSABILITA' DELLE CONSEGUENZE DI EVENTUALI ERRORI E/O OMISSIONI

Data _____

Firma _____

In caso di necessità autorizzo i capi a somministrare al minore i seguenti farmaci che non necessita di prescrizione medica: foille, lasonil, tachipirina.

Data _____

Firma _____

NOTA BENE: in caso di eventi gravi, tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute del bambino/a, e che richiedano decisioni immediate in ordine di ricoveri, trasferimenti o terapie (anche chirurgiche), indipendentemente dalla tempestiva comunicazione familiare (che sarà sempre e comunque tentata), è necessario che il genitore, o chi ne fa le veci dichiari di rimettersi, finchè sarà assente, alle decisioni dei Capi e/o dell'equipe medica di assistenza.

Data _____

Firma del Genitore/tutore _____

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA E DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA