



# - Scheda Personale e Medica -



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

**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 bambina, 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**