



Scheda di autocertificazione personale

Dati anagrafici:	(scrivere in stampatello)
Nome: _____	Cognome: _____
Luogo e data di nascita: _____	() , _____ / _____ / _____
Indirizzo: _____	
C.A.P. _____	Città _____ ()
telefono _____ / _____	Codice fiscale _____
Reperibilità dei genitori o di altri familiari in caso di comunicazioni urgenti durante il campo:	

Dati sanitari:	(scrivere in stampatello)
Nome del medico curante _____	Telefono casa _____ / _____
	Telefono ambulatorio _____ / _____
U.L.S.S. n.° ____ della Regione Veneto, distretto n.° ____ Numero del libretto sanitario	
Gruppo sanguigno (se noto) _____	

Chiediamo le seguenti informazioni che saranno utilizzate nella misura esclusivamente necessaria per perseguimento di scopi di carattere medico per preservare la salute di suo/a figlio/a stesso.

Malattie del passato:	(se ha avuto in passato una delle seguenti malattie, barrare con una X)			
<input type="checkbox"/> Morbillo	<input type="checkbox"/> Parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/> Pertosse	<input type="checkbox"/> Rosolia	<input type="checkbox"/> Scarlattina
<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Malattie cardiache	<input type="checkbox"/> Malattie renali	<input type="checkbox"/> Febbre reumatica	
<input type="checkbox"/> Interventi chirurgici	(specificare)			
<input type="checkbox"/> Altre (specificare)	_____			

Patologie: (se va soggetto ad una delle seguenti patologie, barrare con una X)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Orticaria	<input type="checkbox"/> Febbre da fieno	<input type="checkbox"/> Mal di denti	<input type="checkbox"/> Cefalee
<input type="checkbox"/> Convulsioni	<input type="checkbox"/> Svenimenti	<input type="checkbox"/> Sonnambulismo	<input type="checkbox"/> Enuresi	<input type="checkbox"/> Crampi
<input type="checkbox"/> Colite	<input type="checkbox"/> Bronchite	<input type="checkbox"/> Diabete		
<input type="checkbox"/> Altre (specificare) _____				

Allergie ed attenzioni particolari: (scrivere in stampatello)

FARMACI:

- E' allergico a qualche farmaco? Sì No
 Se sì, indicare il nome del farmaco/dei farmaci _____
 Quali farmaci si possono somministrare in alternativa? _____
- Deve assumere farmaci specifici? Sì No
 Se sì, indicare il nome dei farmaci/dei farmaci _____
 Indicare la posologia _____ (allegare il foglietto illustrativo)
 Questi farmaci devono essere conservati in frigorifero? Sì No
- In caso di mal di nevralgie che farmaci assume di consueto? _____

ALIMENTI:

- E' allergico a qualche alimento? Sì No
 Se sì, indicare quali _____
 Quali alimenti può mangiare in alternativa? _____
- Deve seguire una dieta particolare? Sì No
 Se sì, allegare la dieta alla seguente scheda medica.

ALTRO:

- E' allergico a punture d'insetti? Sì No
 Se sì, indicare quali insetti _____
- E' allergico a particolari sostanze presenti nell'ambiente? Sì No
 Se sì, indicarle _____

Vaccinazioni:

	data dell'ultima somministrazione	prossimo richiamo
ANTITETANICA	_____ / _____ / _____	_____

(allegare una copia aggiornata del certificato delle vaccinazioni)

Solo per le ragazze:

Ha già avuto la prima mestruazione? Sì No
 Se sì, a quale età? _____

Sono regolari? (in ritmo, quantità e durata) Sì No
 Sono dolorose? Sì No
 Assume farmaci in relazione a ciò? Sì No
 Se sì, quali? _____
 Indicare la posologia _____

Consenso al trattamento dei dati personali sensibili

Dopo aver letto e compreso la nota informativa fornita ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs 196/2003:

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione di questi dati personali, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, consento al loro trattamento e la custodia per tutto l'anno scout in corso da parte dei responsabili dell'unità, a cui mio/a figlio/a appartiene.

Data

firma

_____ / _____ / _____

Revisioni annuali:

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____
