

SCHEDA MEDICA

Informazioni mediche e sui contatti in caso di emergenza

Nome e cognome		Data di nascita	M F Sesso
Nome del genitore/tutore		Nome del genitore/tutore	
Cellulare	Tel. ufficio	Cellulare	Tel. ufficio
Indirizzo, città		Indirizzo, città	

Contatti alternativi in caso di emergenza

Contatto principale in caso di emergenza		Contatto secondario in caso di emergenza	
Cellulare	Tel. ufficio	Cellulare	Tel. ufficio
Indirizzo, città		Indirizzo, città	

Informazioni mediche

Nome del medico di base _____ Telefono _____

Informazioni particolari sullo stato di salute _____

Allergie alimentari _____

Allergie ai farmaci _____

Altre allergie _____

Farmaci abituali, se li si prende _____

Autorizzo tutti i trattamenti medici e chirurgici, l'esecuzione di radiografie, esami, anestesie e altre procedure mediche e/o ospedaliere che possano essere effettuate o prescritte dal medico curante e/o dal personale paramedico per il ragazzo e rinuncio al diritto di consenso per il trattamento. Tale rinuncia è valida solo qualora in cui, in caso di emergenza, non sia possibile contattare alcun genitore/tutore.

Firma del genitore/tutore _____

Data _____

! ALLEGARE FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA

SCHEDA PERSONALE

Dati del ragazzo/a

Nome e cognome		Luogo e Data di nascita	M F Sesso
Codice personale AGESCI		Codice fiscale	
Indirizzo		Città, provincia e CAP	
Cell. Ragazzo/a	Tel. Casa	Email	

Dati dei Genitori

Nome e Cognome mamma		Nome e Cognome papà	
Cellulare mamma	Anno di nascita	Cellulare papà	Anno di Nascita
Professione		Professione	
Email		Email	
Figli			