

**Campo Regionale di Specialità E/G / Corso di Avviamento alla Nautica –
Scheda Medica Personale**

COGNOME	NOME	M	F
NATO A:		IL:	
RESIDENTE A:			
VIA:		CAP	PROV.
TEL		E-MAIL	
COD. PERS. AGESCI	GRUPPO		
È mestruta?	SÌ	NO	
È vaccinato/a per :			
Difterite	SÌ	NO	
Tetano	SÌ	NO	
Epatite A	SÌ	NO	
Epatite B	SÌ	NO	
Altro:	SÌ	NO	
Altro:	SÌ	NO	
Soffre di malattie metaboliche ?	SÌ	NO	
Descrivere:			
Soffre di malattie cardiache?	SÌ	NO	
Descrivere:			
Soffre di disturbi all'apparato respiratorio?	SÌ	NO	
Descrivere:			
Soffre di disturbi all'apparato digerente?	SÌ	NO	
Descrivere:			
Soffre di malattie croniche di altro tipo?	SÌ	NO	
Descrivere:			

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra?

Soffre di allergie?	SÌ	NO
Di che tipo?		
A farmaci quali? (elencare le molecole)		
A pollini quali?		
A alimenti quali?		
Altro? (descrivere)		
Deve praticare particolari diete alimentari?	SÌ	NO
Descrivere:		
Della dieta alimentare particolare dovrà comunque essere avvisato il capo.		
Dovrà assumere farmaci?	SÌ	NO
Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)		
Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria		
Medico curante:	dott.	
Studio:		
Recapiti telefonici:		
Allegare copia del tesserino sanitario regionale (specialmente per l'esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria nel caso di malattie croniche) – si può fotocopiare sul retro di questa scheda Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai capi campo i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco. Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. La scheda verrà custodita dai capi campo e verrà distrutta alla fine dell'evento. Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.		
Data:	Firma di uno dei genitori	