Immagine che contiene testo

Descrizione generata automaticamente**QUESTIONARIO MEDICO**

**PER L’ANNO DI ATTIVITÀ**

**2022/2023**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale del partecipante all’attività scout.  Qualora ci fossero delle modifiche importanti da apportare al formulario, lo stesso potrà essere richiesto al rispettivo capo branca. Tutti i dati contenuti in questo formulario sono confidenziali e verranno utilizzati solo in caso di reale necessità. | | | | |
| **Dati personali** | | | | |
| Nome |  | Cognome |  | |
| Data di nascita |  | Nazionalità |  | |
| Via e nr. |  | | | |
| CAP e luogo |  |  |  | |
| **Genitori** | | | | |
| Nome e Cognome |  | Nome e Cognome |  | |
| Telefono |  | Telefono |  | |
| **Contatto in caso di necessità/urgenza:** | | | | |
| Nome e Cognome |  | Telefono cellulare |  | |
| **Assicurazioni private** | | | | |
| Cassa malati |  | nr. polizza |  | |
| Assicur. infortuni |  | nr. polizza |  | |
| Membro REGA | SI NO | Certificato nr |  | |
| **Medico di famiglia** | | | | |
| Cognome |  | Nome |  | |
| Via e nr. |  | CAP e luogo |  | |
| Tel. ambulatorio |  |  |  | |
| **Vaccinazioni** | | | | |
| Antitetanica | SI NO | Ultimo richiamo il | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informazioni utili** | | | | |
| Nuoto: | Si, buon nuotatore Si, principiante No | | | |
| Vertigini: | SI NO | | | |
| Altro: |  | | | |
| **Allergie o malattie particolari** | | | | |
|  | | | | |
| **Indicazioni sullo stato di salute** (limitazioni fisiche, per es. “non può correre”) | | | | |
|  | | | | |
| Con la firma del presente questionario medico l'autorità parentale conferma i dati di cui sopra e **autorizza gli animatori**, in caso di emergenza, a:  - intraprendere i passi necessari per dare avvio a cure mediche d'urgenza anche senza essere ulteriormente consultata;  - somministrare ai partecipanti medicinali senza obbligo di ricetta medica (p. es. antidolorifici), tenendo conto di eventuali allergie.  Seci fossero informazioni confidenziali non menzionate qui, siete pregati di contattare privatamente il Capo Branca. | | | | |
| Il presente formulario compilato deve essere consegnato al capo branca prima dell’attività | | | | |
| oppure spedito a: | | | Sezione Scout Claro Sa' Nazei 16 6702 Claro | |
| Cognome e nome di chi  ha compilato l'autocertificazione | | |  | |
| Luogo e data | |  | Firma |  |