

Anno Scout 20__/20__
SCHEDA SANITARIA

NOME E COGNOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
CONTATTI DI EMERGENZA	
CODICE FISCALE	
Gruppo sanguigno(se noto) ed eventuali trasfusioni eseguite (motivo)	
Allergie e/o intolleranze alimentari Allegare certificato medico	
Allergie a punture di insetto documentate	
Allergie a farmaci documentate	
Allergie stagionali documentate	
Episodi di allergia o intolleranza che hanno richiesto un intervento medico in urgenza	
Malattie pregresse dalle quali è completamente guarito/a	
Interventi chirurgici subiti ed esiti rilevanti	
Traumi pregressi che hanno richiesto il ricovero (anche in Pronto soccorso) negli ultimi sei mesi	
Patologie ancora in atto per le quali assume farmaci, terapie attualmente assunte con orari ed osservazioni (con prescrizione medica)	
Terapie occasionali autosomministrate e motivo	
*Certificato rilasciato dalla ASL o dal medico curante che attesti di essere in regola con le vaccinazioni obbligatorie	Obbligatorio e indispensabile per l'iscrizione Da allegare alla domanda di iscrizione
Eventuali Note Aggiuntive o altro da segnalare	

Lucca, il _____

Firma del genitore o di chi ne ha tutela



Associazione Scout Provincia di Lucca APS

sede legale: via per Cerasomma 1065/d - Cerasomma, LUCCA

C.F. 92068580460 scoutlucca@gmail.com aspl@pec.associazioneincloud.it