

**GRUPPO SCOUT AGESCI ZERO BRANCO 1**  
**REPARTO ALFA e ROSA NERA**

**SCHEDA SANITARIA/ DI ADESIONE**

**Dati anagrafici:**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Telefono di casa: \_\_\_\_\_ Cellulare genitore: \_\_\_\_\_

**Notizie sanitarie:**

Medico di famiglia n° di telefono del medico di famiglia: \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria numero: \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_ Distretto sanitario di appartenenza: \_\_\_\_\_

Ha limitazione nella dieta?    Si    No

Quali? \_\_\_\_\_

Assume farmaci?    Si    No

Quali? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

Ha subito iniezioni di siero (antistaminico...)?    Si    No

Quando? \_\_\_\_\_

Ha avuto ricoveri nell'ultimo periodo? \_\_\_\_\_

Se si, quando? Per quale motivo? \_\_\_\_\_

Ha frequenti mal di testa?    Si    No

Ha frequenti ma di pancia?    Si    No

Ha facilità di vomito?    Si    No

È soggetto a emorragie?    Si    No    Se si, dal naso?    Si    No    Da ferite?    Si    No

Ha manifestazioni di tipo allergenico?    Si    No    Se si, di che tipo? \_\_\_\_\_

Ha avuto manifestazioni di intolleranza a farmaci?    Si    No

Se si, a quali? \_\_\_\_\_

Con che manifestazioni? \_\_\_\_\_

Ha avuto reazioni importanti in seguito a punture di insetto?    Si    No

Altre informazioni importanti: \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_