

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
