

Formulario medico

Dati anagrafici

Nome	.....
Cognome	.....
Data di nascita	.....
Sesso	.....
Branca	.....
Indirizzo completo	..... ..... .....
Autorità parentale (nome, cognome, numero di telefono)	..... ..... .....
Persona di contatto in caso di necessità/emergenza (nome, cognome, numero di telefono)	..... ..... .....
Assicurazione malattia e infortuni	Nome cassa malati: Nome assicurazioni infortuni: Nr. AVS:

<p>Medico curante (nome, cognome, località)</p>	<p>.....</p>
---	----------------------------------

Informazioni mediche

	Si	No	Osservazioni (se sì specificare qui sotto)
Allergie a farmaci?		
Allergie alimentari o intolleranze?		
Altre allergie? (piante, animali, ...)		
Asma o altri disturbi respiratori?		
Dieta speciale?		
Diabete?		
Epilessia?		
Disturbi psichiatrici?		
Disturbi del comportamento?		

Altre malattie o disturbi cronici?			..... .....
Disturbi del sonno / sonnambulismo?			..... .....
Enuresi notturna (bagna il letto)?			..... .....
Porta occhiali / lenti a contatto?			..... .....
Porta apparecchi / protesi dentali?			..... .....
Ci sono attività fisiche che non può fare?			..... .....
È vaccinato / a contro il tetano?			Se sì, quando ha fatto l'ultimo richiamo?

Terapia abituale (se assunta)

Nome farmaco e dosaggio	Quando e come lo assume?	Osservazioni

Altro

Nuoto	Sì, anche in acqua alta	Osservazioni:
	Sì, solo dove tocca	
	No	
Vertigini	Sì	Osservazioni:
	No	

I responsabili del campo sono autorizzati, in caso di necessità, a somministrare ai partecipanti medicinali senza obbligo di ricetta medica (es. antidolorifici, tenendo conto di eventuali allergie), a far visita a un pronto soccorso o a un medico.

Con la presente dichiaro di aver redatto il formulario medico in modo veritiero e conforme alla realtà dei fatti. Autorizzo i capi unità e/o le cape unità a trattare e a trasmettere le informazioni in esso contenute esclusivamente per finalità mediche e di tutela della sicurezza.

Luogo e data:

Firma dell'autorità parentale: