



SCHEDA MEDICA

No-

me _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____

- Soffre di allergie?**
- SI - alimentari NO
- SI - respiratorie NO
- SI - farmaci NO

indicare quali

.....

Che tipo di sintomi presenta?

Che tipo di farmaci usa in caso di crisi acuta?

Che tipo di farmaci prende come prevenzione?

Soffre di malattie croniche? SI NO

- Se SI quali? respiratorie
- cardiache
- reumatologiche
- altro (indicare cosa)

E' facilmente soggetto a:

tonsilliti mal di testa colpi di sole

dolori addominali sangue dal naso infezioni intestina bronchiti

altro (specificare)

Ha avuto malattie significative ?

.....

Ha subito interventi chirurgici? SI NO

Quali? Quando?

Ha mai subito fratture? SI NO

Quali? Quando?

Quali malattie infettive ha avuto? morbillo pertosse parotite varicella

scarlattina rosolia altro (specificare)

Ha fatto le vaccinazioni di Legge? SI NO*

* in caso di risposta negativa firmare dichiarazione in fondo alla scheda

E' vaccinato contro il tetano? SI NO

Quali vaccinazioni ha fatto?

I genitori autorizzano i capi a far praticare dal medico del luogo la vaccinazione antitetanica o la profilassi con gammaglobulina qualora si rivelasse necessario? SI NO

E' stato morso da una vipera? SI quando? NO

E' stato inoculato il siero antivipera? SI NO

E' stato mai morso da un cane? SI quando? NO

Ha mai eseguito il siero antirabbico? SI NO

E' stato morso/punto da altri animali o insetti e ha presentato reazioni problematiche? SI NO

Quali? Che terapia ha fatto?

Indicare il Gruppo Sanguigno del bambino/a

Prende farmaci particolari all'insorgere di eventi particolari o per cure continuative? SI NO

ALLEGARE UN FOGLIO PER OGNI MEDICINA CON: indicazioni, posologia e modalità di somministrazione,

PRECISARE: se il bambino/a è autonomo/a o se è meglio siano i capi a gestire le medicine.

Particolari regimi alimentari: vegetariano vegano

per osservanza religiosa Quale?:

Raccomandazioni che i genitori rivolgono ai capi:

.....
.....

Allegare il certificato medico (o una sua fotocopia) attestante la buona salute del/la bambino/a, la fotocopia del certificato delle le vaccinazioni eseguite e la fotocopia della Tessera Sanitaria.

Obbligo di aggiornamento: I genitori sono tenuti ad informare tempestivamente i responsabili del/la ragazzo/a di ogni eventuale modifica dei dati dichiarati nella scheda medica nell'interesse del/la ragazzo/a stesso/a.

Roma lì _____

.....
Nome e Cognome della persona che compila la scheda

.....
Firma di un genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

Da sottoscrivere in caso di assenza di vaccinazioni:

Dichiaro di assumermi tutte le responsabilità della scelta di non vaccinare mio figlio, sollevando pertanto il CNGEI Sezione di Fiumicino e i capi che avranno la responsabilità dei ragazzi da qualsiasi conseguenza derivante da tale mia scelta.

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che in assenza della vaccinazione contro il tetano non sarà possibile procedere con l'iscrizione al CNGEI Sezione di Fiumicino.

.....
Nome e Cognome

.....
Firma di un genitore o di chi esercita la potestà genitoriale