



SCHEDA MEDICA

Nome _____ 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)

E' vaccinato contro il tetano? SI NO

E' vaccinato contro la pertosse? SI NO

E' vaccinato contro l'epatite B? SI NO

E' vaccinato contro il morbillo/rosolia/parotite? SI NO

E' vaccinato contro il tifo? SI NO

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