



**Corpo Nazionale Giovani Esploratori ed Esploratrici Italiani**  
**Associazione di Promozione Sociale (ed) Ente Morale**  
**sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica**

**CNGEI Sezione Scout di Fiumicino APS**

## SCHEMA MEDICA



Federazione Italiana dello Scattismo

membro degli organismi internazionali



**SCOUTS**  
Creating a Better World



**WORLD ASSOCIATION  
OF GIRL GUIDES  
AND GIRL SCOUTS**

### Educando

Nome

Cognome

Nato/a a

il

### Soffre di allergie?

1. Alimentari  Si  No
2. Respiratorie  Si  No
3. Farmaci  Si  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?

**CNGEI Sezione Scout di  
Fiumicino APS**  
CF: 97824070581

Sede Legale:  
Via Trincea delle Frasche, 139  
00054 Fiumicino  
Sede Operativa:  
Via Rainaldo, 20  
00119 Ostia Antica - Roma

fiumicino@pec.cngei.it  
fiumicino@cngai.it  
www.scoutdellitorale.it  
Social:  
facebook.com/5X1000CNGEIFiumicino

t +39 328 4117588

**Soffre di malattie croniche?**  **Si**  **No**

Se SI quali?

Respiratorie

Cardiache

Reumatologiche

Altro (indicare cosa):

Che tipo di farmaci usa?

**E' facilmente soggetto a:**

Tonsilliti

Mal di testa

Colpi di sole

Dolori addominali

Sangue dal naso

Infezioni intestinali

Altro (indicare cosa):

**Ha avuto malattie significative?**  **Si**  **No**

Quali?

**Ha subito interventi chirurgici?**  **Si**  **No**

Quali?

Quando?

**Ha subito fratture?**  **Si**  **No**

Quali?

Quando?

**Quali malattie infettive ha avuto?**

Morbillo

Pertosse

Parotite

Varicella

Scarlattina

Rosolia

Altro (indicare cosa):

**Ha fatto le vaccinazioni di Legge?**  **Si**  **No\***

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

**È 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**

**È stato mai morso da una vipera?**

Si, quando?

No

È stato inoculato il siero antivipera?  **Si**  **No**

**È stato mai morso da un cane?**

Si, quando?

No

Ha mai eseguito il siero antirabbico?  **Si**  **No**

**È stato morso/punto da altri animali o insetti e ha presentato reazioni problematiche?**

**Si**  **No**

Quali?

Che terapia ha fatto?

**Indicare il Gruppo Sanguigno dell'educando/a:**

**A**

**B**

**AB**

**0**

Fattore Rh:  **Positivo**

**Negativo**

**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:

- 1 la fotocopia del **certificato delle vaccinazioni** eseguite
- 2 la fotocopia della **Tessera Sanitaria**.

Roma li,

Genitore 1:

Nome e Cognome del Genitore 1  
o aventi potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore 1  
o aventi potestà genitoriale

Genitore 2:

Nome e Cognome del Genitore 2  
o aventi potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore 2  
o aventi potestà genitoriale

**Obbligo di aggiornamento:**

I sottoscritti genitori (o gli aventi potestà genitoriale) si impegnano 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.

Genitore 1:

Nome e Cognome del Genitore 1  
o aventi potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore 1  
o aventi potestà genitoriale

Genitore 2:

Nome e Cognome del Genitore 2  
o aventi potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore 2  
o aventi potestà genitoriale

**Da sottoscrivere in caso di assenza di vaccinazioni:**

I sottoscritti genitori (o aventi potestà genitoriale) dichiarano di assumersi tutte le responsabilità della scelta di non vaccinare il proprio figlio, sollevando pertanto il CNGEI Sezione di Fiumicino APS e i capi che avranno la responsabilità dei ragazzi da qualsiasi conseguenza derivante da tale mia scelta.

Dichiariamo, 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 APS.

Genitore 1:

Nome e Cognome del Genitore 1  
o aventi potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore 1  
o aventi potestà genitoriale

Genitore 2:

Nome e Cognome del Genitore 2  
o aventi potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del Genitore 2  
o aventi potestà genitoriale