



**AUTOCERTIFICAZIONE sullo stato di salute
per l'anno scout 2018-2019
della Brigata Scout La Fenice**

Le indicazioni segnalate su questo formulario sono a uso esclusivo dei capi responsabili della Brigata Scout La Fenice e sono da consegnare, unitamente all'iscrizione all'anno scout, alla Capo Brigata Chiara / Thila o al relativo Capo Unità: Alice / Flipper per i lupetti, Giorgio / Archimede per gli esploratori, Mila / Goccia per i pionieri e Valeria / Spring per i rover.

Cognome del/la partecipante
Nome del/la partecipante
Data di nascita Sesso femmina maschio
Domicilio Autorità parentale
Assicurazione malattia e infortuni.....
Numero di polizza dell'assicurazione malattia

In caso di necessità/urgenza contattare:
Cognome e nome della persona da contattare.....
Telefono privato..... Telefono cellulare
Telefono lavoro.....
Medico curante del partecipante:
Cognome e nome..... Località.....
Telefono studio

	SI	NO	Se sì, specificare
• Allergie a medicinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
• Altre allergie (cibo, piante, animali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
• Asma o altri disturbi respiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





- | | SI | NO | Se sì, specificare |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| • Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Disturbi del comportamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Porta occhiali o lenti a contatto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Porta apparecchi/protesi dentali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Segue una dieta speciale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| • Ci sono attività fisiche che non può fare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| • Sa nuotare? Specificare il livello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • È vaccinato contro il tetano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Assume dei farmaci? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| se sì, provvedere ad una scorta adeguata | | | |

Nome del farmaco	Dosaggio (es. 1 pastiglia al mattino)

- Altre particolarità da segnalare?
-

Con la firma del presente certificato medico da parte dell'autorità parentale, i capi responsabili della Brigata Scout La Fenice sono autorizzati a somministrare ai partecipanti medicinali senza obbligo di ricetta medica (es. antidolorifici), tenendo conto di eventuali allergie e a far visita ad un pronto soccorso o a un medico in caso di necessità.

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione

Firma

Luogo e data

