



**Reparto "Apaches"**

### DATI PERSONALI (di chi partecipa al campo)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI SANITARIE

Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ N. libretto sanitario \_\_\_\_\_  
 In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti, riempire lo spazio delle note per spiegare meglio il problema.

<i>Ha mai avuto manifestazioni allergiche..</i>			<i>Ha mai subito iniziazioni da siero</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
...a medicinali	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>Limitazioni nell'alimentazione</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
...alimentari	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>Attualmente soffre di patologie particolari</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
...a punture di insetto	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>Soffre di emorragie (naso, bocca, ..)</i>	<i>si</i>	<i>no</i>

Malattie ed infortuni avuti in passato \_\_\_\_\_  
 Vaccinazioni richieste per il campo \_\_\_\_\_  
 Ultimo richiamo antitetanica \_\_\_\_\_  
 Malattie esantematiche \_\_\_\_\_  
 Assume attualmente i seguenti medicinali (da consegnare esclusivamente alla Direzione con precise istruzioni di somministrazione):  
 \_\_\_\_\_

Note esplicative delle precedenti informazioni (per la comunicazioni di altre informazioni utili, nel caso continuare sul retro della scheda o allegare documenti) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE AL CAMPO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo mio figlio/a \_\_\_\_\_  
 a partecipare al campo scout del Reparto "Apaches" del Gruppo Scout AGESCI "Genova 20". che si terrà in località \_\_\_\_\_  
 Prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e a prendere parte a tutte le attività che verranno svolte in  
 conformità con il metodo scout.

Autorizzo altresì i Capi censiti nello stesso gruppo che saranno presenti al campo a prendere le più opportune, eventuali  
 decisioni in caso di emergenza (ad esempio: cure sanitarie urgenti ritenute necessarie da medici intervenuti o comunque  
 consultati) nel caso in cui non si riesca a contattarmi telefonicamente ai seguenti recapiti, ai quali dichiaro sin d'ora di  
 rimanere costantemente reperibile nel periodo di svolgimento del campo: \_\_\_\_\_

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, che mio figlio/a ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie. Qualora una o più vaccinazioni  
 non fossero state effettuate, autorizzo comunque la partecipazione di mio figlio al campo.

GENOVA, il \_\_\_\_\_

**Firma di entrambi i genitori/ esercenti potestà genitoriale**

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

