



MODULO ISCRIZIONE ALLE ATTIVITA' DEL GRUPPO SCOUT ROMA 2
ANNO ASSOCIATIVO 2019

Nome: _____ **Cognome:** _____ **Sesso:** _____
Nato/a a: _____ **il:** _____ **Codice AGESCI:** _____
Indirizzo: _____ **CAP:** _____ **Località:** _____
Telefono casa: _____ **telefono Mobile** _____
Email: _____

DATI REPERIBILITA' GENITORI (solo per soci minorenni)

Nome Padre: _____ **N. mobile** _____ **Email:** _____
Nome Madre: _____ **N. mobile** _____ **Email:** _____

VACCINAZIONI EFFETTUATE:

Antitifica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se SI il _____
Antitetanica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se SI il _____
Altra (.....)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se SI il _____
Altra (.....)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se SI il _____
Altra (.....)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se SI il _____

STORIA CLINICA:

Problemi respiratori	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disturbi gastrointestinali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disturbi notturni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vertigini/cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enuresi (pipì a letto)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Patologie croniche:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Problemi cardiovascolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epistassi ricorrenti (sanguinamento dal naso)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Se SI quali? _____

IN CASO DI FEBBRE ASSUME:

PARACETAMOLO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DOSE _____
IBUPROFENE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DOSE _____
ANTIBIOTICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	QUALE? _____
ALTRO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	COSA? _____ DOSE _____

EVENTUALI ALLERGIE:

Penicillina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Antibiotici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Alimentari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si quali: _____
Inalanti (ad esempio: polline, polvere)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si quali: _____
Altre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si quali: _____

Se lo spazio non basta aggiungere foglio allegato SI NO



CONSIGLI SE INSORGONO EVENTUALI DISTURBI SOPRA SEGNALATI

Se lo spazio non basta aggiungere foglio allegato SI NO

CURE IN CORSO ED EVENTUALI MEDICINE SOMMINISTRATE

Se lo spazio non basta aggiungere foglio allegato SI NO

EVENTUALI PRECAUZIONI ALIMENTARI:

Se lo spazio non basta aggiungere foglio allegato SI NO

MEDICO CURANTE

NOME E COGNOME DEL MEDICO: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

ALLEGATI

N. Codice Fiscale _____
N. TESSERA TEAM: _____ Allego fotocopia SI NO

CERTIFICATO di sana e robusta costituzione valido per l'anno in corso
(E' obbligatorio allegare fotocopia di questo certificato al modulo)

CERTIFICATO situazione vaccinazioni effettuate Allego fotocopia SI NO

NOTA BENE: Si invita a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dello stato di salute e dei dati riportati fino a rinnovo della scheda medica per l'anno successivo.

GRUPPO SANGUIGNO (se conosciuto): _____

E' CONSIGLIABILE: effettuare le vaccinazioni antitifica orale ed eventuale richiamo antitetanica.

Con la firma del presente modulo si dichiara di acconsentire alla partecipazione del proprio figlio/a alle attività previste dal gruppo scout AGESCI ROMA 2 per l'anno associativo 2019

Roma, _____

E IL

NOME E COGNOME dei genitori
(sono necessarie entrambe le firme):

Firme (leggibili):

MADRE: _____

PADRE: _____

SESOCIO E' MAGGIORENNE Firma (leggibile) _____

