



A.G.E.S.C.I. - Gruppo Scout Verona 4 - Reparto Lert Manon

SCHEDA MEDICA e DI ADESIONE AL CAMPO

DATI PERSONALI DI CHI PARTECIPA AL CAMPO

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____

Recapiti telefonici dei genitori

Cognome, Nome e Recapito telefonico di un eventuale familiare, persona di fiducia disponibile ad un eventuale recupero del figlio/a durante il periodo del campo (nel caso di indisponibilità dei genitori)

INFORMAZIONI SANITARIE

In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti, riempire lo spazio delle note fornendo dettagli utili e specificando, se presenti, i farmaci assunti. Ogni informazione verrà mantenuta nel rispetto della privacy.

Ha mai avuto manifestazioni allergiche			Ha mai subito iniezioni da siero?	sì	no
o a medicinali	sì	no	Ha limitazioni nell'alimentazione?	sì	no
o alimentari	sì	no	Attualmente soffre di patologie croniche?	sì	no
o a punture di insetto	sì	no	Soffre di emorragie (naso, bocca, ...)?	sì	no
			È mestruata?	sì	no

Note e medicinali assunti

Allegare **FOTOCOPIA** della tessera sanitaria e del libretto delle vaccinazioni **AGGIORNATO**.

AUTORIZZAZIONE AL CAMPO

Io sottoscritto _____ AUTORIZZO mio/a figlio/a

_____ a partecipare al campo scout, che si terrà in località:

Polsa(Località Fobbie) – Brentonico (TN) dal **31/07/23** al **11/08/23** con il Reparto **LERT MANON** del gruppo scout Agesci **VERONA 4**, lo autorizzo altresì a prendere parte a tutte le attività che verranno svolte, siano esse di Reparto o di Squadriglia, consapevole che talune attività di Squadriglia possono svolgersi senza la presenza di un capo adulto. Inoltre, autorizzo i capi censiti nel Gruppo scout Agesci **Matteo Dolci** e **Annalia Castellani**, i quali saranno, almeno uno dei due, sempre presenti al campo, a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie urgenti (su indicazioni di medici qualificati), nel caso in cui non si riesca a contattarmi telefonicamente ai recapiti indicati, ove sarò reperibile nel periodo di svolgimento del campo.

Firme di entrambi i genitori

Data _____