

SCHEDA SANITARIA

Le seguenti informazioni vengono richieste a mero scopo precauzionale, per essere poste a disposizione di personale medico solamente in caso di emergenza, e per comunicare ai CAPI le informazioni sanitarie che riguardano il ragazzo.

Le informazioni richieste sono necessarie e utili al fine di assicurare ai ragazzi il miglior trattamento medico-sanitario adeguato al caso, nella malaugurata ipotesi in cui sia necessario intervenire con cure mediche per malattie ed infortuni occorsi durante le attività scout ed allo scopo di evitare situazioni di pericolo per l'incolumità propria e degli altri.

Le informazioni contenute nella presente scheda saranno utilizzate e comunicate esclusivamente a quelle persone che per motivi di servizio devono conoscere la storia sanitaria dei ragazzi (Capi Scout, medici, ecc) nel rispetto della normativa sulla privacy.

*Per quanto sopra detto, è **OBBLIGATORIO** che la presente scheda venga compilata in ogni sua parte.*

La presente scheda deve essere firmata da entrambi i genitori.

In caso di genitori separati o divorziati con affidamento esclusivo, sarà sufficiente la sottoscrizione del genitore affidatario, in mancanza dal tutore.

La presente scheda sarà conservata e custodita dai Capi, secondo quanto previsto dalla normativa sulla privacy, per il tempo di iscrizione del ragazzo all'Associazione.

A. NUMERI UTILI

RECAPITO TELEFONICO <u>PRIMARIO</u> IN CASO DI URGENZA SANITARIA	
RECAPITO TELEFONICO <u>SECONDARIO</u> IN CASO DI URGENZA SANITARIA	

B. INDICAZIONI GENERALI

Data della vaccinazione contro il TETANO	
Data dell'ultimo richiamo dell'antitetanica	
Il figlio è portatore di apparecchiature elettriche, elettroniche, meccaniche, di protesi o corpi estranei in materiale ferromagnetico che rendano controindicato l'esame RMN (Risonanza Magnetica Nucleare)?	
Il figlio ha mai presentato reazioni allergiche ai mezzi di contrasto o altri farmaci usati negli esami diagnostici o in indagini radiologiche?	

C. INFORMAZIONI GENERALI

PATOLOGIE PREGRESSE		
ALLERGIE		
PATOLOGIE E TERAPIE IN ATTO		
DIETA PARTICOLARE		
NOTIZIE UTILI PER IL MEDICO		
APPARECCHI PROTESICI		

D. SOMMINISTRAZIONE FARMACI

FEBBRE	
PICCOLE USTIONI	
PUNTURE DI INSETTO	
DISTORSIONI, CONTUSIONI	
NOTIZIE UTILI PER IL MEDICO	

E. MEDICO CURANTE

NOME E COGNOME	
NUMERO DI TELEFONO	

DICHIARAZIONE SCHEDA SANITARIA

Noi sottoscritti genitori, affidatari, tutori legali:

Nome e cognome _____

nato/a il _____ nato/a a _____

residente /domiciliato/a in _____

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

Nome e cognome _____

nato/a il _____ nato/a a _____

residente /domiciliato/a in _____

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

DICHIARIAMO

- Nella presente scheda medica sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di nostro figlio.
- Siamo/sono consapevoli/e che le attività scout proposte a nostro figlio e le cure mediche che gli saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.
- Siamo/sono consapevoli/e che è nostro/mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout, in forma scritta e firmata, ogni variazione, in merito alle condizioni di salute di nostro figlio intervenute posteriormente alla data di compilazione della presente scheda, in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.
- Siamo consapevoli che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi tenderanno sempre di informarci e chiedere il nostro consenso alle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti nella PRESENTE scheda; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizziamo il Capo Gruppo ed il Capo Unità a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la salute di nostro figlio, ivi compreso il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.
- *Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione dei Capi e del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. Avendo preso piena consapevolezza delle finalità del trattamento ai sensi delle vigenti norme in materia di privacy, acconsento al trattamento dei dati di cui sopra in relazione al loro utilizzo.*

Treviso, 17 ottobre 2022

Firma del genitore 1:
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Firma del genitore 2:
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Il presente modulo deve essere firmato da entrambi i genitori. In caso di genitori separati o divorziati con affido esclusivo, sarà sufficiente la sottoscrizione del genitore affidatario, in mancanza dal tutore.

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI
(da compilare solo in caso di necessità)

Noi sottoscritti genitori, affidatari, tutori legali:

Nome e cognome _____
nato/a il _____ nato/a a _____
residente /domiciliato/a in _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____

Nome e cognome _____
nato/a il _____ nato/a a _____
residente /domiciliato/a in _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____

di _____
nato il _____ nato a _____
codice fiscale _____ frequentante l'unità _____ del
Gruppo Scout Treviso 3° constata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci durante le attività scout nel
periodo dal _____ al _____ come da prescrizione medica allegata rilasciata in
data _____ dal Dott. _____

CHIEDONO

Si consegnano _____ confezioni integre, Lotto _____ con scadenza il _____

Treviso, 17 ottobre 2022

Firma del genitore 1:
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Firma del genitore 2:
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Il presente modulo deve essere firmato da entrambi i genitori. In caso di genitori separati o divorziati con affido esclusivo, sarà sufficiente la sottoscrizione del genitore affidatario, in mancanza dal tutore.

**MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
DEL MINORE INERENTI ALLO STATO DI SALUTE**

Noi sottoscritti genitori, affidatari, tutori legali:

Nome e cognome _____
nato/a il _____ nato/a a _____
residente /domiciliato/a in _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____

Nome e cognome _____
nato/a il _____ nato/a a _____
residente /domiciliato/a in _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____

di _____
nato il _____ nato a _____ codice fiscale _____
residente/domiciliato in _____

PRESTIAMO IL CONSENSO

al trattamento di categorie particolari di dati personali inerenti lo stato di salute del minore per le finalità indicate nella presente informativa, ovvero per consentire all'Interessato la partecipazione agli eventi organizzati dall'Associazione quali campi, uscite, raduni.

Treviso, 17 ottobre 2022

Firma del genitore 1:
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Firma del genitore 2:
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Il presente modulo deve essere firmato da entrambi i genitori. In caso di genitori separati o divorziati con affidamento esclusivo, sarà sufficiente la sottoscrizione del genitore affidatario, in mancanza del tutore.