Scout d'Europa FSE

Nome e Cognome _

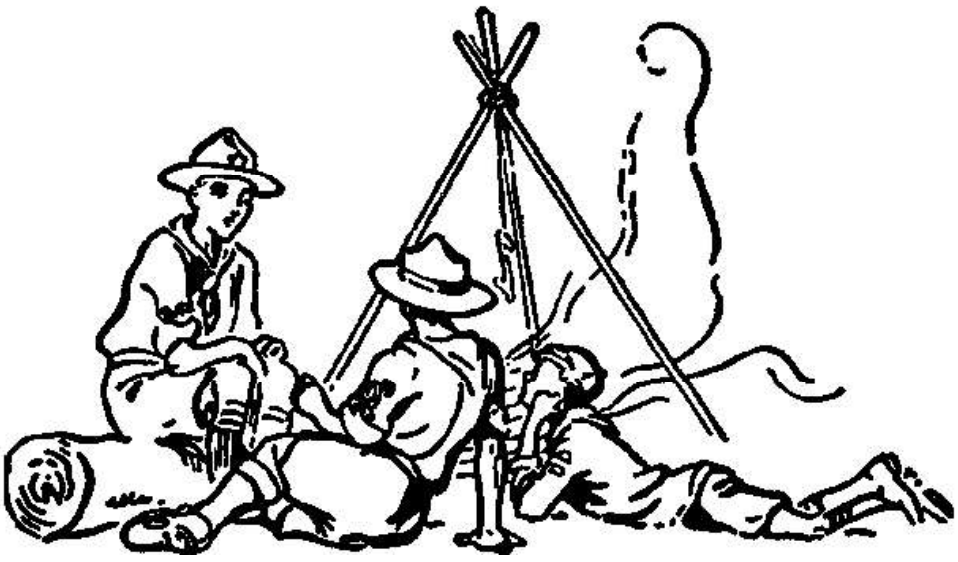
Gruppo TREVISO 3 - "DEL LIBERO COMUNE"

Distretto TREVISO OVEST _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Regione NORD _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SCHEDA SANITARIA

Anno Scout _ _ _ _ _ 2025 - 2026 _ _ _ _ _ _ _



Scout d'Europa
FSE

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/la ragazzo/a.

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 affido 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.

Scout d'Europa
FSE

DATI ANAGRAFICI E SANITARI

Cognome:	
Nome:	
Luogo e data di nascita:	/
Residenza:	
Recapito telefonico:	
Codice fiscale:	

Patologie pregresse	Ad es. morbillo, parotite, rosolia, varicella, scarlattina, pertosse, altro...
Patologie in atto e terapie in corso	
Allergie	
Dieta particolare (specificare alimenti vietati)	
Notizie utili per il medico	
Apparecchi protesici e/o altri ausili	

ALTRE INDICAZIONI

Data della vaccinazione contro il TETANO		
Data dell'ultimo richiamo dell'antitetanica		
Il figlio/a è portatore di apparecchiature elettriche, elettroniche, meccaniche, di protesi o corpi estranei in materiale ferromagnetico che rendano controindicato l'esame RMN (Risonanza Magnetica Nucleare)?	SI	NO
Il figlio/ ha mai presentato reazioni allergiche ai mezzi di contrasto o altri farmaci usati negli esami diagnostici o in indagini radiologiche? (se "si" indicare le circostanze ed il farmaco)	SI	NO

_ _

_ _

Nostro figlio/a, nelle seguenti occasioni assume i seguenti farmaci, <u>dei quali è personalmente dotato</u>:

	Tipo di farmaco	Posologia	Modalità di assunzione
Febbre:			
Piccole ustioni:			
Punture insetti:			
Contusioni, distorsioni:			
Altro:			

RECAPITI UTILI PER IL RINTRACCIO DEI GENITORI

Padre	Cognome	
	Nome	
	Residenza	
	Recapito telefonico	
Madre	Cognome	
	Nome	
	Residenza	
	Recapito telefonico	

	Cognome	
----------	Nome	
	Residenza	
	Recapito telefonico	

EVENTUALI AGGIORNAMENTI
in merito alle condizioni di salute di nostr_ figli_ intervenute posteriormente alla data di compilazione della presente scheda

- In caso di malattie croniche allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.
- Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai Capi Unità i farmaci necessari in un contenitore idoneo con la relativa posologia (in questo caso compilare la scheda "Richiesta somministrazione farmaci al Capo Unità" riportata nelle pagine seguenti).

Il/ la minore non presenta sintomi o segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/ a stesso/ a in comunità.

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

_____ _____

(oppure se maggiorenne) firma dell'interessato _____

Treviso, lì 1 settembre 2025

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto padre _

Io sottoscritta madre _

genitori di _

(oppure se maggiorenne) Il sottoscritto _

DICHIARIAMO/DICHIARO QUANTO SEGUE

1. Nella presente scheda medica sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di nostr_ figli_/del sottoscritto.

2. Siamo/sono consapevoli/e che le attività scout proposte a nostr_ figli_/al sottoscritto e le cure mediche che le/gli/mi saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.

3. Siamo/sono consapevoli/e che è nostro/mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout, <u>in forma scritta e firmata</u>, ogni variazione, in merito alle condizioni di salute di nostr_ figli_,/del sottoscritto intervenute posteriormente alla data di compilazione della presente scheda, in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.

4.(*) Siamo consapevoli che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi tenteranno 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 nostr_ figli_, ivi compreso il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.

5. *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.*

(*) il punto n.4 riguarda solo i minorenni

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

_____ _____

(oppure se maggiorenne) firma dell'interessato _____

Treviso, lì 1 settembre 2025

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

I sottoscritti _ e _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

in qualità di ◻ genitori – ◻ genitori affidatari– ◻ tutori legali

di _

frequentante l'Unità _

del Gruppo scout _

constatata 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
(barrare la voce che interessa)

◻ di individuare, tra i capi componenti la pattuglia di unità, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le funzioni previste.

◻ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

◻ A. La vigilanza dei capi dell'unità (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

◻ B. L'affiancamento dei capi dell'unità (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n ________ confezioni integre, Lotto____________________

con scadenza il _ _ _ _/ _ _ _ _/ _ _ _ _.

Si allega prescrizione medica.

In fede,

Firma dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

______________________________ ______________________________

Treviso, lì 1 settembre 2025

NUMERI UTILI

Telefono fisso ___________; ___________; ___________;

Telefono cellulare _________ ___________ ___________;

Telefono Medico curante (Dott. ______________________________):
____

N.B.

- La richiesta/autorizzazione va consegnata al Capo Unità.
- La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia.
- I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia al Capo Unità per la durata della terapia.

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/la ragazzo/a.

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 importante 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 affido esclusivo, sarà sufficiente la sottoscrizione del genitore affidatario, in mancanza dal tutore.

La presente scheda ***sarà conservata e custodita dai Capi****, secondo quanto indicato nell'informativa al trattamento dei dati personali che segue, per il tempo di iscrizione del ragazzo all'Associazione.*