



A.G.E.S.C.I. – Gruppo scout CANDA 1 – Branco SEEONEE
SCHEDA SANITARIA E DI ADESIONE ALLE VACANZE DI BRANCO 2012



DATI PERSONALI (di chi partecipa al campo)

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____ Telefono _____

INFORMAZIONI SANITARIE

Gruppo sanguigno _____ N° Libretto Sanitario _____

In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti riempire lo spazio delle Note per specificare meglio il problema.

<i>Ha mai avuto manifestazioni allergiche...</i>			<i>Ha mai subito iniezioni da siero</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
...a medicinali	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>limitazioni nella 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 d'insetto	<i>si</i>	<i>no</i>	<i>Soffre di emorragie (naso, bocca,...)</i>	<i>si</i>	<i>no</i>

Malattie esantematiche: _____

Malattie ed infortuni avuti in passato: _____

VACCINAZIONI RICHIESTE PER IL CAMPO: _____

ANTITETANICA ultimo richiamo: ___/___/___ ANTITIFICA ultimo richiamo: ___/___/___

Note: (per la comunicazione di altre informazioni utili, in caso continuare nel retro della scheda) _____

AUTORIZZAZIONE

Io sottoscritto _____

AUTORIZZO mio/a figlio/a _____

a partecipare alle Vacanze di Branco, che si terranno in località: **"CASA TEDON" - VAL CAMPELLE – SCURELLE (TN)** dal **29/07/2012** al **05/08/2012** con il Branco "Seeonee" del gruppo scout Agesci Canda 1.

Dichiaro di essere stato messo a conoscenza della possibilità che durante il viaggio di andata/ritorno mio/a figlio/a salga su veicoli condotti da altri genitori o terze persone individuate dai capi e resesi disponibili a svolgere un servizio di trasporto. Inoltre autorizzo i capi censiti nel Gruppo scout Agesci Canda 1 che saranno presenti alle Vacanze di branco, 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 seguenti recapiti, ove sarò reperibile nel periodo di svolgimento del campo: _____

Data _____

Firma _____

Dichiaro, sotto la mia responsabilità che mio figlio ha effettuato le vaccinazioni richieste; altresì nel caso che una o entrambe le vaccinazione non fossero state effettuate, autorizzo comunque la partecipazione di mio figlio al campo, assumendomene la responsabilità, consapevole che saranno prese tutte le necessarie precauzioni.

Firma _____