

9° reparto Tomahawk - Milano - CNGEI

SCHEDA MEDICA

allegare fotocopia della tessera sanitaria e certificato generale di vaccinazione

Nome e Cognome: _____
Indirizzo _____
data di nascita: _____
Codice Fiscale: _____

DATI UTILI

Indirizzo a cui rivolgersi durante le attività
Riferimento: _____ telefono: _____
Riferimento: _____ telefono: _____
Riferimento: _____ telefono: _____

Medico curante:
Nome e cognome: _____ telefono: _____

VACCINAZIONI

Ultima vaccinazione antitetanica il _____

MALATTIE

- Morbillo
 - Varicella
 - 5° malattia
 - 6° malattia
 - Rosolia
 - Pertosse

 - Parotite _____
 - Scarlattina _____
- ALTRO: _____

ALLERGIE

Ai medicinali: O NO O SI
quali _____

Ai cibi: O NO O SI
Quali _____

Altro: O NO O SI
quali _____

SOFFRE DI...

- Difetti di udito
- Convulsioni
- Epistassi
- Ernie
- Altro _____

Ha malformazioni o difetti congeniti? O SI O NO
Se sì, quali? _____

ALTRO

Gruppo sanguigno: _____ RH: _____

E' sottoposto a cure particolari? _____

Segue Diete particolari? _____

Prende comunemente dei medicinali? _____

Altre informazioni che possono esserci
utili: _____

DATA

FIRMA DEL GENITORE