

SCHEDA MEDICA PERSONALE

Dati personali:

Cognome e nome: _____

Nato a _____ Il _____ Residente a _____

NUMERO TESSERINO SANITARIO: _____

GRUPPO SANGUIGNO _____ Rh _____

Dati del medico di famiglia:

Cognome e nome _____

Indirizzo _____ Numero di telefono _____

Malattie infettive avute in passato:

1- _____

4- _____

2- _____

5- _____

3- _____

6- _____

Intolleranze a cibi particolari:

Allergie:

Ha sofferto di patologie gravi? Quali? _____

Ha subito interventi chirurgici? Quali? Quando?

Fratture? Quali? Quando?

È portatore di patologie croniche? Quali?

Fa uso abitudinario di farmaci? Quali? Dosaggi?

Occasionalmente, per forme influenzali che farmaci usa?

È intollerante o allergico a qualche farmaco?

Se è una ragazza ha le mestruazioni regolari? _____
Fa uso di farmaci durante il periodo mestruale? _____
Quali? _____

Vaccinazione Antitetanica: data ultimo richiamo: _____

Altre vaccinazioni? Quali? Ultimi richiami?

Allergie a profilassi con sieri: Tipo di siero? Quando?

In caso d'urgenza si prega di contattare: Nome e cognome _____
Grado di parentela _____ Numero di telefono _____

Qualora non sia possibile la comunicazione immediata con i familiari, che sarà sempre tentata, in caso di emergenze tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute del ragazzo che richiedano decisioni immediate in ordine di ricoveri, trasferimenti e terapie in genere, anche chirurgiche, è necessario che il genitore o chi ne fa le veci dichiarino di rimettersi, finché assente, alle decisioni dei Responsabili del corso e dell'Équipe medica di assistenza.

Firma di accettazione

ALLEGARE :

- Fotocopia del tesserino sanitario
- Copia dei certificati di vaccinazione (obbligatoria quella antitetanica in corso di validità)

ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE FAXARE QUESTO DOCUMENTO E GLI ALLEGATI ALLA SEGRETERIA (fax 011/19837583).

INOLTRE, UNA COPIA DEL PRESENTE VA CONSEGNATA A INIZIO CORSO ALL'ACCOMPAGNATORE O ALL'ISTRUTTORE.