



### DATI PERSONALI DELLO SCOUT

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ ( ) IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ ( ) VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

1) Numero cellulare disponibile \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_

2) Numero cellulare disponibile \_\_\_\_\_ (NOME) \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI SANITARIE DELLO SCOUT

#### ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE COPIA DELLA TESSERA SANITARIA

Gruppo Sanguineo \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_ Numero della Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

E' intollerante o Allergico a:

1 Medicinali                      **SI**    **NO**    5 è intollerante a qualcosa                      **SI**    **NO**

2 Punture d'insetto                **SI**    **NO**    6 soffre di patologie particolari                    **SI**    **NO**

3 Alimenti                            **SI**    **NO**    7 soffre di emorragie                                **SI**    **NO**

4 ha mai subito iniezioni da siero **SI**    **NO**

SPECIFICARE, SE SI E' BARRATO **SI** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prende abitualmente farmaci e se si con che frequenza? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Malattie esantematiche effettuate (es. Parotite, Varicella, Morbillo ecc.ecc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Ha effettuato le Vaccinazioni obbligatorie?      **SI**      **NO**

Infortuni avuti in passato (specificare quali) \_\_\_\_\_

---

---

Ha effettuato l'Antitetanica?    **SI**      **NO**      Data dell'ultimo richiamo? \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Firma di un Genitore**

---

**INFORMAZIONI A CURA DEL CAPO GRUPPO FESI:**

HA ALLEGATO COPIA DELLA TESSERA SANITARIA      **SI**      **NO**

**Firma del Capo Gruppo**