

Anno Scout 20\_\_/20\_\_  
**SCHEDA SANITARIA**

NOME E COGNOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
CONTATTI DI EMERGENZA	
CODICE FISCALE	
Gruppo sanguigno(se noto) ed eventuali trasfusioni eseguite (motivo)	
Allergie e/o intolleranze alimentari <b>Allegare certificato medico</b>	
Allergie a punture di insetto documentate	
Allergie a farmaci documentate	
Allergie stagionali documentate	
Episodi di allergia o intolleranza che hanno richiesto un intervento medico in urgenza	
Malattie pregresse dalle quali è completamente guarito/a	
Interventi chirurgici subiti ed esiti rilevanti	
Traumi pregressi che hanno richiesto il ricovero (anche in Pronto soccorso) negli ultimi sei mesi	
Patologie ancora in atto per le quali assume farmaci, terapie attualmente assunte con orari ed osservazioni <b>(con prescrizione medica)</b>	
Terapie occasionali autosomministrate e motivo	
*Certificato rilasciato dalla ASL o dal medico curante che attesti di essere in regola con le vaccinazioni obbligatorie	<b>Obbligatorio e indispensabile per l'iscrizione Da allegare alla domanda di iscrizione</b>
Eventuali Note Aggiuntive o altro da segnalare	

Lucca, il \_\_\_\_\_

Firma del genitore o di chi ne ha tutela



**Associazione Scout Provincia di Lucca APS**

sede legale: via per Cerasomma 1065/d - Cerasomma, LUCCA

C.F. 92068580460 [scoutlucca@gmail.com](mailto:scoutlucca@gmail.com) [aspl@pec.associazioneincloud.it](mailto:aspl@pec.associazioneincloud.it)