

# Scheda Medica Personale



Nome e Cognome : .....

O bambino O bambina                      Data di nascita : ...../...../.....

Numero di registrazione: .....

Attraverso le cartelle cliniche i genitori devono riferire annualmente tutte le informazioni riguardanti i loro figli che sono membri dei gruppi locali di "Scouts en Gidsen Vlaanderen". Queste informazioni saranno mantenute riservate e gestite dai responsabili del gruppo scout e contribuiranno a sostenere tutti i membri del gruppo. Quando si verifica un cambiamento nelle informazioni contenute in questi dati, è molto importante comunicarlo ai responsabili del gruppo.

È necessario completare la tessera sanitaria (qui sotto) per tutti i membri attivi di "Scouts en Gidsen Vlaanderen" entro le prime tre settimane di appartenenza all'associazione e deve essere firmata dai genitori / tutori.

Il contenuto di queste informazioni viene revisionato annualmente entro i primi tre mesi dopo il nuovo anno scout.

Una nuova carta medica sarà fatta durante il passaggio ad una nuova branca .

I genitori sono invitati a consultare i capi scout per ogni cartella clinica prima che i figli partecipino ad un camp scout.

I responsabili scout devono completare le proprie cartelle mediche se sono già in età adulta.

**• Annuale • esser firmato dai genitori / tutori dei membri attivi • riservato •**

## Indirizzo e contatti

L'indirizzo ufficiale della madre / padre o il tutore (cancellare la menzione inutile)

Via/Piazza: ..... CAP: .....

Residente a: ..... Tel. : .....

Eventuale secondo domicilio quando esso non corrisponde all'indirizzo ufficiale:

L'indirizzo ufficiale della madre / padre o il tutore (cancellare la menzione inutile)

Via/Piazza: ..... CAP: .....

Residente a: ..... Tel. : .....

Nome del possibile luogo di soggiorno : .....

Secondo telefono cellulare dai genitori / tutori a : .....

E-mail del padre, madre y/o tutor/a encargado/a : .....

Persona da contattare nel caso in cui non è possibile contattare i genitori / tutori

Nome e Cognome : .....

Tel. / Mobile: .....

Fratelli o sorelle dello stesso gruppo?

Nome e Cognome: ..... Branca: .....

Nome e Cognome: ..... Branca: .....

Nome e Cognome: ..... Branca: .....

Le informazioni pertinenti, possibilmente sulla situazione della famiglia (ad esempio: norme di divorzio):

.....  
.....  
.....

## **Partecipazione alle attività**

Fattori da considerare nella organizzazione di attività

Nostro figlio o figlia può partecipare a tutte le età appropriate attività (escursioni, campeggi, giocare..)

O sì                      O no

Queste attività sono impossibili o non è consentito :

.....  
.....

Possibili cause:

.....  
.....

Necessario prestare attenzione per evitare i rischi?

O no                      O sì

O sport (per esempio: nuoto, ciclismo, sport ad alta, il resto ...):

.....

O igiene (ad esempio: l'autonomia, allergie, utilizzo della toilette, ...) :

.....

O contatto sociale (ad esempio, l'intimidazione, la paura, sonnambulismo, ...) :

.....

O altre limitazioni o problemi :

.....

## Informazioni mediche

In qualità di capi, è vietato eseguire procedure mediche, pronto soccorso se non di propria iniziativa. Trattamento della febbre e del dolore farmaci Perdolan, Dafalgan di aspirina è, a meno che non si abbia il permesso dei genitori, riservata al medico. Per questo motivo, è importante avere il permesso dei genitori per gestire un'eventuale assistenza.

Autorizziamo i capi di gruppo a somministrare al nostro bambino una dose di analgesici o anti-febbre secondo le dosi raccomandate da parte dell'industria farmaceutica:\*

- sì  
 no

\* Sulla base della raccomandazione di Kind & Gezin 09/12/2009 - Trattamento di febbre / Farmacia in kit

Nostro figlio o figlia dovrebbe prendere farmaci specifici:

- no  
 sì : aggiungere e allegare il certificato medico!

C'è un rapporto della malattia? (Es. asma, diabete, febbre da fieno, épilepsi, cuore, ...):

- no  
 sì : .....

Informazioni sul l'approccio da adottare in caso di presenza di queste condizioni:

.....  
.....  
.....

Nostro figlio/a segue una dieta/ alimentazione speciale:

- no  
 sì : .....

Il nostro figlio o figlia è stato vaccinato contro il tetano:

- sì – In che anno?: .....  
 no

gruppo sanguigno: .....

Il nostro medico di medicina generale:

Nome e Cognome : ..... Tel.: .....

## Ulteriori informazioni

Autorizziamo i capi del gruppo scout a fotografare il nostro bambino durante le attività scout con l'obiettivo di pubblicare la foto su un sito web o una rivista di proprietà degli scout ...:

O sì                      O no

Ci sono certe cose che i leader devono tenere conto del rispetto per la visione dello scautismo e guidismo?

O no                      O sì

O alimenti (es. vegetariano, halal)::

.....

O Altri punti importanti che possono essere importanti nelle attività di Scout e Guide:

.....

.....

.....

.....

Se durante l'anno ci sono cambiamenti nella situazione medica del bambino e' necessario aggiornare questo modulo e confermarlo per iscritto.

Non dimenticate di portare la tessera sanitaria per i soggiorni di più giorni.

## Il sottoscritto dichiara che i seguenti dati sono completi e corretti

Nome e Cognome : .....

genitore / tutore (cancellare ciò che non e' corretto)

per (nome + nome del bambino): .....

data : .....                      Firma : .....

## Secondo la revisione annuale dei dati

Si consiglia di controllare il file prima che del campo scout

**data e firma del genitore / tutore** : .....

**data e firma del genitore / tutore** : .....

Quando il / la bambino/a: o ragazzo/a su si trasferisce ad un'altra branca, ci sarà una nuova carta sanitaria. I capi si impegnano a contribuire in prima persona per garantire la sicurezza e il benessere di tutti i membri. In caso di domande o dubbi, vi consigliamo di contattare gli organizzatori.

*Grazie per la vostra fiducia in Scouts en Gidsen Vlaanderen!*