

SCHEMA CON DATI SANITARI

per la partecipazione all'evento scout
che si terrà a dal al

~~~~~

**(PARTE A CURA DI UNO DEI GENITORI - O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE - IN CASO DI MINORENNI)**

Il sottoscritto ..... in qualità di .....  
*Nome e cognome* *(padre/madre/.....)*

di .....  
*Nome e cognome*

nata/o il ..... a .....

indirizzo .....  
*Via/Viale/Piazza/.....* *Cap* *Città*

N° tessera sanitaria ..... Asl di appartenenza .....

Medico curante

.....  
*Nome e cognome* *recapito telefonico*

**Vaccinazioni obbligatorie effettuate:** SI ☐ NO ☐

*Eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria (allergie, intolleranze, malattie contagiose già avute, ecc.):*

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

[ ] (se necessario) Allego inoltre terapia medica, rilasciata in data ..... dal medico curante, completa di: nome/i del/i medicinali, modalità ed orario di somministrazione, posologia.

Autorizzo, quindi, i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali ivi indicati, da me forniti alla partenza.

**Autorizzo** mia/o figlia/o a partecipare all'evento scout succitato

*Firma (del genitore in caso di minorenni)*

.....

*Reperibilità dei genitori durante l'evento scout*

.....