

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere necessarie:

Medico curante dott.	
Tel:	cell.
Data:	Timbro e firma

Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce del Dlgs 196/03

Data _____ Firma Genitore _____

In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.
 Per le terapie già iniziate dovranno essere consegnate ai capi branco i farmaci necessari in un contenitore chiuso rigido contrassegnato da nome e cognome, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco.



Gruppo Scout Vibo Valentia 1°

Piazza San Leoluca VV 89900

C.F.: 96000140796

www.vibovalentia1.altervista.it

Scheda Medica N:

E-mail: vibovalentia1@virgilio.it

Cognome	Nome	M	F
Nato a	Il		
Residente a	Via	Cap	
Tel	Cell		
E-mail:	Codice Fiscale		
Altro Contatto	Regione: Calabria		
Sezione a cura del medico curante			
Gruppo Sanguigno e Fattore Rh			
E' Mestruada?	SI	NO	
E' Vaccinato/a per:	SI	NO	
Difterite	SI	NO	
Tetano	SI	NO	
Epatite A	SI	NO	
Epatite B	SI	NO	
Altro			
Altro			
Soffre di Malattie Metaboliche?	SI	NO	
Quali?			

