



## Campo Scuola 2010

### *"Educazione e sensibilizzazione alla cultura di protezione civile"*

### *"Cultura del bosco per la prevenzione degli incendi"*

#### Scheda Medica del partecipante

##### Dati del partecipante

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n°: \_\_\_\_\_

Gruppo Sanguigno: \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

##### Dati dei genitori

Padre Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Madre Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nata a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

##### Dati residenza familiare

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

##### Dati relativi al medico di famiglia

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

(continua nel retro)

### Informazioni mediche del partecipante

E' affetto da patologie gravi: SI  NO

In caso affermativo indicare la patologia: \_\_\_\_\_

Ha subito interventi chirurgici: SI  NO

In caso affermativo indicare gli interventi: \_\_\_\_\_

Ha effettuato vaccinazioni oltre a quelle di legge: SI  NO

In caso affermativo indicare le vaccinazioni: \_\_\_\_\_

Utilizza abitualmente dei farmaci: SI  NO

In caso affermativo indicare i farmaci: \_\_\_\_\_

Necessita di cure particolari: SI  NO

In caso affermativo indicare le cure: \_\_\_\_\_

E' affetto da allergie o intolleranze: SI  NO

In caso affermativo indicarle: \_\_\_\_\_

Deve osservare diete particolari: SI  NO

In caso affermativo indicare la dieta: \_\_\_\_\_

Altre notizie più specifiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Firme dei genitori

Padre

Madre

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

**Associazione Prociv Augustus/Prociv Arci Sadali**  
**Il Presidente**

\_\_\_\_\_