ASSORAIDER ARDEA1 PIUMA D'AQUILA - APS
(Affiliata a "ASSORAIDER - Associazione Italiana di Scautismo Raider"- APS)

via Mare delle Nubi, 1 – 00040 ARDEA (RM) - Cod. Fisc. **97336240581**
Mail: ardea@assoraider.it **PEC:** mail@pec.assoraiderardea.it.

SCHEDA MEDICA

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - (art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

Nome		Cognome
Nato/a a:	Pr.	Data di nascita

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28/12/2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA CHE

Nome / Cognome	☐ Ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie
C.F.	☐ Ha effettuato l'ultima dose di antitetanica il ___/___/_____ ☐ Farà la prossima dose di antitetanica il ___/___/_____
Luogo di nascita	☐ Esonero dall'obbligo vaccinale a causa di: ☐ Reazione allergica ☐ Patologia
Data di nascita	*In caso di esonero allegare documentazione sanitaria attestante l'esonero e la motivazione da poter presentare ai sanitari in caso di necessità*

☐ È fabico	☐ È diabetico
☐ Utilizza dispositivi medici *(protesi acustiche, pacemaker, cateteri, ...)*	☐ Soffre di: *(indicare patologia)*
☐ Allergie	☐ Terapie da seguire
☐ Intolleranze	☐ Farmaci antinfiammatori permessi in caso di malessere *(es. paracetamolo, ibuprofene, acido acetilsalicilico)*
☐ Regime alimentare	☐ Precedenti patologie o traumi importanti o altre condizioni da segnalare ai sanitari

CONTATTI DI EMERGENZA

Nominativo	Rapporto di parentela	Recapito telefonico

Altre informazioni da dichiarare	
data	firma

ASSORAIDER ARDEA1 PIUMA D'AQUILA - APS
(Affiliata a "ASSORAIDER - Associazione Italiana di Scautismo Raider"- APS)

via Mare delle Nubi, 1 – 00040 ARDEA (RM) - Cod. Fisc. **97336240581**
Mail: ardea@assoraider.it **PEC:** mail@pec.assoraiderardea.it.

Tabella Vaccinale VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

■ **0 - 3 anni** o 3 dosi di difterite-poliomielite-tetano-epatite B-pertosse-Haemophilus influenzale tipo B o 1° dose di morbillo, rosolia, parotite o 1° dose di varicella *(se nato dal 2017)*	■ **5 - 7 anni** o 4° DOSE difterite, poliomielite, tetano, pertosse o 2° DOSE morbillo, rosolia, parotite e varicella
■ **11 - 18 anni** o 5° DOSE difterite, poliomielite, tetano, pertosse	■ **dai 18 anni in poi** o richiamo antitetanica ogni 10 anni (Raccomandato)

https://www.epicentro.iss.it/vaccini/calendario

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI PER PRESTAZIONI SANITARIE

La presente delega serve nel caso di dover accompagnare lo scaut minorenne in una struttura sanitaria (ad es. pronto soccorso, guardia medica, etc.), durante un'attività in assenza dei genitori / tutori. Inoltre, si dà la possibilità alla persona delegata di sapere (sempre in assenza di genitori / tutori) le condizioni di salute. Sottoscrivendo il presente modulo si delega uno scaut adulto presente durante l'attività, incaricato dal capo unità o dal Presidente di sezione di accompagnare lo scaut minorenne nella struttura sanitaria.

Il sottoscritto titolare di potestà genitoriale

Nome		Cognome
Carta identità num.		In qualità di: ☐ padre ☐ madre ☐ tutore ☐ genitore affidatario
Nato/a a:	Pr.	Data di nascita
Residente a	Pr.	Via/piazza

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazione mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in maniera (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000):

DELEGA E AUTORIZZA (Sono escluse le prestazioni invasive e che prevedono il consenso specifico)

☐ Il presidente _____

Nome Cognome	C.I.
Nato/a - il	Residente:

☐ Il capo unità di appartenenza dello scaut minorenne

Nome Cognome	C.I.
Nato/a - il	Residente:

☐ Lo scaut maggiorenne, incaricato direttamente dal presidente di sezione / capo unità

Nome Cognome	C.I.
Nato/a - il	Residente:

Ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria e a poter conoscere, in mia assenza, le condizioni di salute del minore sopra indicato.

data	firma

Allegare fotocopia della **Carta d'Identità e del Codice Fiscale / Tessera Sanitaria Regionale** del soggeto intestatario di questa Scheda Medica e del titolare della podestà genitoriale (per i soggetti minori d'età)