



COVID-19

Rientra nella categoria persone a rischio secondo UFSP (ufficio federale sanità pubblica)?

SI NO

Se SI motivo

Osservazioni

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

NOTA BENE

Le informazioni qui contenute saranno trattate con la massima riservatezza e saranno usate solo in caso di necessità. Alla fine del campo il formulario verrà distrutto. L'assicurazione malattie (obbligatoria), infortuni e responsabilità civile sono a carico del partecipante. Con la propria firma, chi detiene l'autorità parentale conferma la correttezza e la completezza dei dati contenuti nel presente formulario medico e autorizza i capi della Sezione, in caso d'emergenza, a intraprendere i passi necessari per dare avvio a cure mediche d'urgenza anche senza essere ulteriormente consultato/a.

I responsabili del campo sono autorizzati a somministrare ai partecipanti medicinali senza obbligo di ricetta medica (p.es. creme, mal di gola, mal di testa ecc), tenendo conto di eventuali allergie.

Luogo e data: _____ Firma dell'autorità parentale: (se minorenni)

ALLEGARE COPIA CARTELLA DELLE VACCINAZIONI e inviare
al vostro Capo Brancha ENTRO IL **24 APRILE 2022**.

**FORMULARIO MEDICO
CAMPEGGIO 22**

INFORMAZIONI SUL PARTECIPANTE

Cognome e nome:

Data di nascita:

Branca: castori lupetti esploratori pionieri rover/capi

Indirizzo completo:

.....
.....

AUTORITÀ PARENTALE (papà e/o mamma)

Cognome e nome:

Telefono fisso:

Telefono mobile:

PERSONA DI CONTATTO IN CASO DI EMERGENZA

Cognome e nome:

Indirizzo completo:

.....

Telefono fisso:

Telefono mobile:

CASSA MALATI DEL PARTECIPANTE (obbligatoria)

Nome e indirizzo:

Nr. assicurato:

ASSICURAZIONE INFORTUNI DEL PARTECIPANTE (obbligatoria)

Nome e indirizzo:

Nr. assicurato:

ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE PARTECIPANTE (obbligatoria)

Nome e indirizzo:

Nr. assicurato:

MEDICO CURANTE DEL PARTECIPANTE

Cognome e nome:

Indirizzo completo:

.....

Telefono studio medico:

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEL PARTECIPANTE

Malattie recenti:

.....

.....

Allergie o intolleranze alimentari (indicare la gravità):

.....

.....

Altre allergie (animali, medicinali,...):

.....

.....

Altro (asma, problemi cronici,...):

.....

.....

MALATTIE AVUTE

- Morbillo
- Orecchioni
- Scarlattina
- Varicella
- Altro, specificare:

Vaccinazione contro il tetano: SI, anno dell'ultimo richiamo:
 NO

Vaccinazione encefalite da zecche: SI, anno dell'ultimo richiamo:
 NO

Vaccinazione contro COVID-19: SI (dose/guarito e mese):
 NO

Il seguente medicamento deve essere preso (quando, quanto, dove, come)

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

Altre informazioni

- È capace a nuotare? Soffre di vertigini?
- Principiante SI
- Avanzato (fino a 300 m) NO
- Esperto (fino a 1'000 m)

Membro Rega (auspicabile)

SI NO

Nr. socio