

Movimento Rangers

FOGLIO MEDICO ANNO RANGERS 2020/21

Si prega di compilare la presente scheda con attenzione e precisione in ogni sua parte, rispondendo a tutte le domande e informando i responsabili in caso di cambiamenti dei dati voi sotto indicati.

La scheda dovrà essere consegnata ad un responsabile, i partecipanti saranno iscritti al gruppo solo dopo aver consegnato sia la scheda tecnica presente che l'iscrizione.

1. Dati del partecipante (si prega di scrivere in stampatello)

COGNOME:..... NOME:.....
NATO/A IL:..... A:
RESIDENTE A:..... VIA:.....
CODICE FISCALE:.....

2. Recapito dei genitori durante il campo:

MAMMA.....
PAPA'.....

Per coloro che avessero disturbi medici di carattere particolarmente serio si prega fornire indirizzo e recapito telefonico del Medico curante:

Dott..... Tel.....

3. Informazioni mediche (si prega di compilare il questionario in ogni sua parte, segnando con una X il caso che ricorre, rispondendo anche ai No e fornendo ulteriori informazioni ove richiesto)

ANAMNESI, sono mai state diagnosticate le seguenti malattie (= presenza accertata di sintomi evidenti)?

Morbillo	[(NO) (SI)]	Parotite	[(NO) (SI)]	Varicella	[(NO) (SI)]
Rosolia	[(NO) (SI)]	Scarlattina	[(NO) (SI)]	Pertosse	[(NO) (SI)]
Febbre tifoide	[(NO) (SI)]	Meningite c.s.	[(NO) (SI)]		

soffre dei seguenti disturbi (malattie):

Sonnambulismo	[(NO) (SI)]	Asma bronchiale	[(NO) (SI)]
Malattia reumatica	[(NO) (SI)]	Diabete	[(NO) (SI)]
Epilessia	[(NO) (SI)]	Convulsioni	[(NO) (SI)]
Cardiopatìa	[(NO) (SI)]	Tonsilliti frequenti	[(NO) (SI)]
Sinusiti frequenti	[(NO) (SI)]	Otiti frequenti	[(NO) (SI)]
Enuresi notturna	[(NO) (SI, anche lieve)]		

Ev.li interventi subiti:.....

Ev.li fratture:

Ev.li RX praticati:

Iniezioni di siero praticate (per ferite al P.S; morsi di cani; morsi di vipere):.....

VACCINAZIONI:

Ha effettuato le prescritte vaccinazioni? [(SI) (NO)]

E' in regola con la vaccinazione antitetanica? [(SI) (NO)]

Negli ultimi 5 anni ha effettuato un richiamo per la vaccinazione antitetanica? [(SI) (NO)]

In caso di ferite contaminate verra' effettuata, previo parere medico, copertura con Immunoglobuline antitetaniche; siete d'accordo? [(SI) (NO)]

ALLERGIE:

lievi [(NO) (SI, specificare:.....)]

gravi [(NO) (SI, specificare:.....)]

alimentari [(NO) (SI, allergico/a ai seguenti cibi:.....)]

SENSIBILITA' FARMACOLOGICHE - ha mai manifestato allergie a:

Antibiotici	[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUNTI)]
Sulfamidici	[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUNTI)]
Novalgina	[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUNTA)]
Aspirina	[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUNTA)]
Uniplus	[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUNTO)]
Tachipirina	[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUNTA)]
Sciropipi per tosse	[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUNTI)]

SOMMINISTRAZIONE FARMACI:

Prende abitudinalmente dei farmaci e/o sussidi farmacologici?
 [(NO) (SI, se si specificare quali e con quale posologia:)]
)]
 Prende saltuariamente dei farmaci? [(NO) (SI, se si con quale posologia?)]
)]

Nei casi seguenti siete soliti somministrare farmaci particolari (specificare):

Cefalee:.....	Febbre:.....
Mal di gola:	Asma:
Dolori addominali:.....	Dolori mestruali:
Dolori articolari:	Dolori muscolari:
Insomnia:	
Ansia:.....	Diarrea:

N.B: I partecipanti **non potranno** tenere con sé alcuna medicina ma dovranno consegnare tutto all'inizio delle attività ai Responsabili che provvederanno a distribuirle loro secondo le precise disposizioni dei genitori.

4. Autorizzazione

Nei casi di emergenza (quali attacco di appendicite, ecc.), nei quali sia in pericolo la salute ed il benessere dei partecipanti, e, a giudizio del medico, siano necessari degli interventi che richiedono il consenso dei genitori, sarà fatto il possibile per ottenere tale consenso. In caso però sia stato impossibile mettersi in contatto con i genitori, acconsentiamo che i responsabili prendano, **SEGUENDO LE ISTRUZIONI DEL MEDICO**, quei provvedimenti necessari al benessere dei partecipanti e in particolare di nostro/a figlio/a.

In caso di infortuni acconsentiamo ad accettare ogni responsabilità finanziaria che superi i benefici garantiti dall'assicurazione di cui gode nostro/a figlio/a quale facente parte del Gruppo Rangers G.R.M. (Gruppo Ragazzi Madonnetta).

Fiduciosi che i Responsabili faranno tutto il possibile per assicurare il buon andamento delle attività, ed in particolare il benessere di nostro/a figlio/a, autorizziamo la partecipazione di nostro/a figlio/a alle attività organizzate dal Movimento Rangers G.R.M. da settembre 2020 a settembre 2021 e consento l'utilizzo dei dati sensibili raccolti nel presente modulo al fine di tutelare la sua salute.

Data:

FIRMA DEI GENITORI

.....

5. Tutela dalla Privacy:

Ai sensi del D.Lgs. 196/03, coordinato con il D.Lgs 101/2018. Vi informiamo che il trattamento dei dati personali sensibili raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la riservatezza e i diritti dei partecipanti.

- A. Il conferimento dei dati previsti in questo modulo ha la finalità di tutelare la salute dei partecipanti alle riunioni e alle attività dell'anno Rangers ed è obbligatorio per poter partecipare.
- B. I titolari del trattamento sono: il Movimento Rangers, nella persona del legale rappresentante, il presidente Lino Lo Giacco.
- C. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti oltre ai responsabili maggiorenni delle suddette associazioni.
- D. In ogni momento potrete richiedere di visionare, correggere, integrare ed eventualmente cancellare i Vs dati personali o opporvi al loro utilizzo senza alcun onere oltre a quello previsto dal comma A.