

Movimento Rangers

CAMPO RANGERS 2019

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 da voi sotto indicati. La scheda dovrà essere consegnata a un responsabile alla pertenza del campo.

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

MAMMA:.....

PAPÀ:.....

Per coloro che avessero disturbi medici di carattere particolarmente serio si prega di fornire il recapito 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:

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 lievi)]		

Ev.li interventi subiti:

Ev.li fratture:

Ev.li RX praticati:

Iniezioni di siero praticate (per ferite al P.S. es. morsi di cane/vipere ecc.)

.....

VACCINAZIONI:

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

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

In caso di ferite contaminate verrà effettuata, previo parere medico, copertura con

Immunoglobuline antitetaniche; Siete d'accordo? **[(NO) (SI)]**

ALLERGIE:

Lievi **[(NO) (SI, specificare.....)]**

Gravi **[(NO) (SI, specificare.....)]**

Alimentari **[(NO) (SI, specificare.....)]**

SENSIBILITÀ FARMACOLOGICHE-ha mai manifestato allergie a:

Sulfamidici **[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUTO)]**

Novalgina **[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUTO)]**

Aspirina **[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUTO)]**

Uniplus **[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUTO)]**

Tachipirina **[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUTO)]**

Sciroppi per tosse **[(NO) (SI) (MINIMA) (MAI ASSUTO)]**

SOMMINISTRAZIONE FARMACI:

Prende abitudinalmente dei farmaci e/o sussidi farmacologici?

[(NO) (SI, specificare quali e con quale posologia.....)]

Prende saltuariamente dei farmaci?

[(NO) (SI, specificare quali e 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:

Insonnia: Diarrea:

Ansia:

4. Autorizzazioni

Nei casi di emergenza nei quali sia in pericolo la salute e 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 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 figlio/a quale facente parte del Gruppo Movimento Rangers.

Fiduciosi che i Responsabili faranno tutto il possibile per assicurare il buon andamento delle attività e, in particolare, il benessere di nostro/a figlio/a, autorizziamo la partecipazione di nostro/a figlio/a al campo estivo Rumo 2019 che si svolgerà (sottolineare il turno del proprio figlio/a) dal 16 al 25 Luglio 2019 (GRS-GRMP) e dal 25 Luglio al 03 Agosto 2019 (GRM-GRSP) e consento l'utilizzo dei dati sensibili nel presente modulo al fine di tutelare la sua salute.

Data:.....

FIRMA DEI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI

.....

.....

5. Tutela sulla privacy

Ai sensi della legge n.675/96 Vi informiamo che il trattamento dei dati personali sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza; e tutelerà la riservatezza e i diritti dei partecipanti.

- 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 potervi partecipare.
- I titolari del trattamento sono: il Movimento Rangers, nella persona del legale rappresentante, il presidente Lino Logiacco.
- I dati non saranno comunicati ad altri oltre i responsabili maggiorenni delle suddette associazioni.
- In ogni momento potrete chiedere 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.