

RANGERS G.R.M. GRUPPO RAGAZZI MADONNETTA

Fossato S. Nicolò 4, Genova (GE)

FOGLIO MEDICO CAMPO ESTIVO 2022

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 sottoindicati. Ricordiamo che a bordo del pullman è obbligatorio l'utilizzo di mascherina FFP2.

0. Pagamento quota di partecipazione:

Richiediamo una quota di partecipazione di €160 da consegnare al momento della partenza.

La quota è pagabile attraverso un bonifico all'IBAN: IT97Z061750147700000057380 indicando come causale Nome e Cognome del partecipante. In tal caso si chiede di consegnare la ricevuta del pagamento.

1. Dati del partecipante: (Si prega di scrivere in STAMPATELLO)

Cognome:		Nome:	
Nato il:		A:	
Residente a:		Via:	

Codice fiscale:	
N° tessera sanitaria:	

2. Anagrafica e recapito dei genitori:

Genitore 1:		N. Tel.:	
Genitore 2:		N. Tel.:	

Per coloro che avessero disturbi medici particolarmente seri si prega fornire recapito telefonico del Medico curante:

Dott.:		N. 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:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parotite:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Varicella:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Rosolia:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Scarlattina:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pertosse:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Febbre Tifoide:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Meningite:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

Soffre dei seguenti disturbi (malattie):

Sonnambulismo:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Asma Bronchiale:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Malattia Reumatica:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diabete:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Epilessia:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsioni:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cardiopatìa:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tonsilliti frequenti:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sinusiti frequenti:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otiti frequenti:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enuresi Notturna (anche lieve):	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			

Eventuali interventi subiti:	
Eventuali fratture:	
Eventuali RX praticati:	
Iniezioni di siero praticate (per ferite al P.S.; morsi di cani; morsi di vipere)	

VACCINAZIONI:

Ha effettuato le prescritte vaccinazioni?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
È in regola con la vaccinazione antitetanica?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Negli ultimi cinque anni ha effettuato un richiamo per la vaccinazione antitetanica?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
In caso di ferite contaminate verrà effettuata, previo parere medico, copertura con Immunoglobuline antitetaniche; siete d'accordo?	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

ALLERGIE:

Lievi:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Specificare quali:	
Gravi:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Specificare quali:	
Alimentari:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Specificare quali:	

SENSIBILITA' FARMACOLOGICHE; ha mai manifestato allergie o sensibilità a:

Penicilline e derivati:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Minima <input type="checkbox"/>	Mai assunto <input type="checkbox"/>
Sulfamidici:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Minima <input type="checkbox"/>	Mai assunto <input type="checkbox"/>
Metamizolo (Novalgina):	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Minima <input type="checkbox"/>	Mai assunto <input type="checkbox"/>
Ac. Acetilsalicilico (Aspirina):	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Minima <input type="checkbox"/>	Mai assunto <input type="checkbox"/>
FANS (Voltaren, Oki, ...):	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Minima <input type="checkbox"/>	Mai assunto <input type="checkbox"/>
Anestetici locali:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Minima <input type="checkbox"/>	Mai assunto <input type="checkbox"/>
Antiepilettici:	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Minima <input type="checkbox"/>	Mai assunto <input type="checkbox"/>
Altro (scrivere per esteso):				

SOMMINISTRAZIONE FARMACI (assume farmaci o sussidi farmacologici):

Abitualmente	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Specificare quali e con quale posologia:	
Saltuariamente	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	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	
Insomnia		Diarrea	
Ansia		Altro	

N.B.: I partecipanti minorenni **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 (il sopra descritto "Partecipante").

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.

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 Rangers dell'anno in corso e l'utilizzo dei dati sensibili raccolti nel presente modulo al fine di tutelare la sua salute.

5. Informativa Privacy:

- Ai sensi del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e del Regolamento UE sulla protezione dei dati personali ("GDPR"), si precisa che l'insieme dei dati raccolti in questo documento ha la sola finalità di tutelare la salute dei partecipanti alle attività organizzate dall'organizzazione di volontariato "Rangers G.R.M. Gruppo Ragazzi Madonnetta".

- Il trattamento è basato sul consenso dell'interessato ed è obbligatorio per la partecipazione alle attività organizzate da "Rangers G.R.M. Gruppo Ragazzi Madonnetta".

- I dati non verranno ceduti o trasferiti, ma potranno essere comunicati al medico o alla struttura sanitaria presso il quale il partecipante sarà eventualmente preso in carico, come descritto nella sezione "4. Autorizzazione".

- Il periodo di conservazione massimo è di un anno (12 mesi) a partire dalla data di firma del presente documento o fino ad aggiornamento o revoca del consenso prestato.

- L'interessato ha diritto in qualsiasi momento ad accedere, rettificare o cancellare i dati raccolti. È altresì possibile richiedere la limitazione del trattamento, opporsi ad esso, revocare il consenso o presentare reclamo all'autorità di controllo.

- Il titolare del trattamento è "Rangers G.R.M. Gruppo Ragazzi Madonnetta"

Autorizzo "Rangers G.R.M. Gruppo Ragazzi Madonnetta" a effettuare, durante l'attività associativa, foto e video di mio/a figlio/a nel rispetto nella normativa vigente.

Acconsento alla pubblicazione di queste immagini sul sito web dell'associazione movimentorangers.com e sui canali di condivisione social dell'associazione.

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

Importante: Nel caso in cui sia negato il consenso, le foto del partecipante non compariranno nel "Diafilm" del campo estivo: il video racconto del campo che verrà mostrato e inviato a tutti i partecipanti, a settembre/ottobre.

Data	
------	--

FIRMA DEI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI:

GENITORE 1: _____

GENITORE 2: _____