



Scheda Medica Personale

Dati anagrafici

Cognome e nome: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Codice Fiscale: _____

Numero tessera sanitaria: _____

Gruppo sanguigno

Vaccinazioni Ultima antitetanica: _____ Siero antitetanico: _____ Epatite B: _____

Allergie e intolleranze alimentari e farmacologiche ⁽¹⁾

- Antibiotici
- Aspirina
- Altri farmaci
- Asma
- Eczemi e/o orticaria
- Altro: _____
- Latte e derivati
- Polline
- Polvere

Note ed eventuale terapia:

Interventi chirurgici e malattie significative ⁽²⁾

Medicinali comunemente assunti ⁽³⁾

Malattie infettive

	Avuta	Vaccinazione
Varicella		
Morbillo		
Rosolia		
Scarlattina		
Parotite		
Pertosse		

Limitazioni nella dieta ⁽⁴⁾

Note:

1-Indicare allergie o intolleranze a farmaci ed alimenti che possono creare problemi durante le attività e gli eventuali farmaci da utilizzare.

2-Indicare interventi chirurgici o disturbi di cui si deve tenere conto durante le attività: fratture, disturbi cardiaci o polmonari, diabete, ipertensione, ipotensione, disturbi neurologici...

3-Indicare il tipo, il dosaggio e le circostanze in cui si rende necessaria la somministrazione.

4-Esclusivamente legate a problemi medici e non a gusti personali.



Limitazioni dell'attività fisica:

Note:

Medico curante

Nome: _____
 Indirizzo: _____
 Telefono: _____

In caso di emergenza contattare:

	Nome	Grado di parentela	Telefono
1			
2			
3			
4			

Conferma dei dati

Data _____ Firma di uno dei genitor _____

Procedura di emergenza:

In caso di eventi gravi (tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute) e che richiedano decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti e terapie in genere (anche chirurgiche), indipendentemente dalla tempestiva comunicazione ai familiari indicati precedentemente che sarà sempre tentata, il genitore o chi ne fa le veci dichiara di rimettersi, finché assente, alle decisioni dei responsabili del Rugby Treviglio ASD.
 Nel caso vi siano dei cambiamenti da apportare a questa scheda medica, i genitori comunicheranno tempestivamente tali modifiche.

Data _____ Firma di uno dei genitori _____

Attenzione:

Come indicato dall'informativa sulla privacy, i dati contenuti in questa scheda verranno utilizzati esclusivamente dal personale di pronto soccorso e dai responsabili/referenti della società in caso di problemi medici o per predisporre le diverse attività in modo adeguato ad eventuali problemi evidenziati.

LA SCHEDA MEDICA PERSONALE DEVE ESSERE CONSEGNATA IN BUSTA CHIUSA.

TREVIGLIO RUGBY ASD