



CLUB ALPINO ITALIANO
GRUPPO REGIONALE LH
 Gruppo Sicurezza e Salute
SCHEDA SANITARIA



(Da compilare annualmente e per ogni attività superiore a 1 giorno)

DATI ANAGRAFICI:

Cognome.....Nome.....
 Data di nascita..... Sesso..... Tessera CAI n°
 Telefono casa.....Cellulare genitore.....

Dati del Medico Nome..... Cognome.....
 Cell..... mail.....

ANAMNESI

Patologie pregresse ed eventuali interventi chirurgici

.....

Tipo di alimentazione

Normale Vegetariana (cibi esclusi dalla dieta)
 Senza glutine (celiachia) (allegare a parte elenco cibi esclusi dalla dieta e cibi consentiti)
 Intolleranza al lattosio (cibi esclusi dalla dieta)
 Allergia alimentare a

Allergie

Ai seguenti farmaci.....

 Allergie in genere (indicare a che cosa e la relativa terapia)

Vaccinazione antitetanica

SI Data ultimo richiamo/...../.....
 NO (All. dichiarazione di consenso alla somministrazione di gamma globuline antitetaniche)

Disturbi particolari e/o patologie in atto

.....

Terapie in atto (all. prescrizione e dichiarazione di consenso alla somministrazione di medicinali)

.....

Luogo e Data Firma Socio o del Genitore se minore

(solo per soci minori accompagnati dai Genitori o tutori)

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEDICINALI E DI CURE SANITARIE URGENTI AI MINORENNI

Io sottoscritto/a: (Nome e cognome del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale)

.....
Nato/a il / / a provincia (.....)
Residente a provincia (.....)
Cellulare Telefono

In qualità di tutore/tutrice legale del/della minorenni:

(Nome e cognome del minore).....
Nato/a il / / a provincia (.....)
Residente a provincia (.....)

Autorizzo gli Accompagnatori della Sezione CAI di

- a somministrare i medicinali da me forniti all'atto della partecipazione all'attività e allego la seguente terapia medica rilasciata dal Medico Curante o dal Pediatra completa di nome del/i medicinale/i, modalità e orario di somministrazione e posologia;
- alla somministrazione di gamma globuline antitetaniche in caso di vaccinazione non effettuata;
- a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie urgenti qualora non riuscissero a contattarmi telefonicamente ai recapiti su indicati.

Mi impegno a comunicare agli Accompagnatori di Alpinismo giovanile ogni eventuale variazione sanitaria che possa intervenire nel corso dell'anno e a far portare nello zaino al minore sopra indicato il tesserino sanitario elettronico assieme alla tessera CAI.

Acconsento che i dati anagrafici e tutti i dati sensibili afferenti al minore sopra indicato siano trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n. 196 del 2003 ed esclusivamente per fini interni alla Associazione denominata Club Alpino Italiano, nei limiti necessari per lo svolgimento delle attività del Gruppo Alpinismo Giovanile della Sezione sopra detta per l'adempimento dei relativi incombeni.

Dichiaro conforme alla mia volontà ogni azione fin qui svolta dagli Accompagnatori di Alpinismo giovanile della Sezione sopra detta.

In fede:

..... (firma tutore legale)

Data: / /