

Ancona \_\_\_\_\_

Autorizzo mio figlio/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Abitante a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Altro recapito telefonico \_\_\_\_\_

A partecipare al campo estivo del gruppo Scout AGESCI.....che si terrà in località  
..... a partire dal giorno..... al .....

Firma \_\_\_\_\_

Si prega di compilare quanto segue con l'aiuto del medico curante

Malattie infettive

- Morbillo
- Varicella
- Orecchioni
- Rosolia
- Scarlattina
- Pertosse

Vaccinazioni

- Tifo
- Paratifo
- Antitetanica
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

Allergia a \_\_\_\_\_

Allergia al farmaco \_\_\_\_\_

Dichiarazione di sana e robusta costituzione da parte del medico curante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Altro recapito telefonico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Posizione sanitaria n° \_\_\_\_\_

Eventuale timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

Il genitore responsabile, assumendosi ogni responsabilità di quanto sopra dichiarato

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dei dati personali, secondo la Legge 675 sulla Privacy

Firma \_\_\_\_\_