



CLUB ALPINO ITALIANO
SEZIONE DI ROMA
GRUPPO DI ALPINISMO GIOVANILE



SCHEDA SANITARIA

NOME SOCIA/O MINORENNE: _____ Nata/o il _____

Nome genitore _____ cellulare _____

Nome medico _____ cellulare _____

ALIMENTAZIONE: normale, vegetariana, senza glutine, lattosio, allergie o intolleranze

ANAMNESI patologie pregresse (asma, cardiopatie, diabete...) ed interventi chirurgici

ALLERGIE a farmaci o altro: _____

VACCINAZIONE antitetanica: SI data _____ NO

PATOLOGIE in atto: _____

TERAPIE in atto (allegare prescrizione): _____

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEDICINALI E CURE
SANITARIE URGENTI:

Autorizzo gli accompagnatori e le accompagnatrici del Gruppo

- a somministrare i medicinali da me forniti,
- a far somministrare gamma globuline antitetaniche se necessario,
- a prendere decisioni in caso di cure sanitarie urgenti, qualora non riuscissero a contattarmi telefonicamente.

PRIVACY: Acconsento che i dati anagrafici e sensibili siano trattati secondo la normativa sulla privacy (Reg. EU 679/2016, D.Lgs 196/2003 e s.m.i.), nei limiti necessari per lo svolgimento delle attività del Gruppo di Alpinismo Giovanile del CAI Roma.

Data _____ firma genitore/tutore _____