

DATI PERSONALI

Nome e Cognome : _____

Nome Scout: _____

Data di nascita: _____

Via: _____

NAP e Paese: _____

Telefono casa: _____

Cellulare: _____
(del ragazzo/a)

Nazionalità: CH ☐
altro: _____

CONTATTO IN CASO DI NECESSITÀ O URGENZA:

Telefono casa: _____

Cellulare padre: _____

Cellulare madre: _____

Email: _____

MEDICO CURANTE DEL PARTECIPANTE:

Nome e Cognome: _____

Località: _____

Numero telefono studio: _____

Assicurazione malattia e infortuni: _____
SI NO

È socio Rega: _____ se si scrivere il numero di socio: _____

DATI MEDICI:

Segnare con una croce se il partecipante soffre o meno dei disturbi di seguito elencati.
Lo spazio bianco serv ad inserire dettagli aggiuntivi, spiegazioni e chiarimenti

Allergie a medicinali: _____ (se si, specificare) SI NO

Altre allergie (cibo, piante, animali, ecc): _____

Soffre d'asma o d'altri disturbi della respirazione: _____

Soffre di attacchi epilettici: _____

Ha problemi di altitudine: _____

Soffre di altri disturbi:

Altre osservazioni:

È vaccinato contro il tetano: SI NO

Ha la vaccinazione per le zecche: SI NO