

## AUTORIZZAZIONE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ AUTORIZZO mio/a figlio/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a partecipare al campo scout, che si terrà in  
località: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
con il Reparto \_\_\_\_\_ del gruppo scout Agesci \_\_\_\_\_

Io autorizzo altresì a prendere parte a tutte le attività che verranno svolte, sia esse di Reparto che di Squadriglia, consapevole che talune attività di squadriglia possono svolgersi senza la presenza di un capo adulto. Inoltre autorizzo i capi censiti nel Gruppo scout Agesci \_\_\_\_\_ che saranno presenti al campo, a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie urgenti (su indicazioni di medici qualificati), nel caso in cui non si riesca a contattarmi telefonicamente ai seguenti recapiti, ove sarò reperibile nel periodo di svolgimento del campo: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro, sotto la mia responsabilità che mio figlio ha effettuato le vaccinazioni richieste; altresì nel caso che una o entrambe le vaccinazione non fossero state effettuate, autorizzo comunque la partecipazione di mio figlio al campo, assumendmene la responsabilità, consapevole che saranno prese tutte le necessarie precauzioni.

Firma \_\_\_\_\_

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI**  
**SANITARY CARD FOR MINORS**

cognome - surname	nome - first name
luogo e data di nascita - place and date of birth	nazionalità - nationality
☎	
residenza-indirizzo-telefono - domicile-complete address-phone	
medico curante - doctor in charge	libretto sanitario n.      AUSL

**MALATTIE PREGRESSE = PREVIOUS DISEASES**

morbillo    measles	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so = unknown	<input type="checkbox"/> vaccinato = vaccinated	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no
parotite    mumps	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so = unknown	<input type="checkbox"/> vaccinato = vaccinated	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no
pertosse    whooping-cough	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so = unknown	<input type="checkbox"/> vaccinato = vaccinated	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no
rosolia    rubella	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so = unknown	<input type="checkbox"/> vaccinato = vaccinated	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no
varicella    varicella	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so = unknown	<input type="checkbox"/> vaccinato = vaccinated	<input type="checkbox"/> si = yes	<input type="checkbox"/> no

**ALLERGIE = ALLERGIES**

	specificare = specify
farmaci      drugs	
pollini      pollens	
polveri      dusts	
muffe        moulds	
punture di insetti    insect stings	

altro = other diseases: \_\_\_\_\_

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto = included papers concerning diseases and therapies in progress: \_\_\_\_\_

intolleranze alimentari = food intolerances: \_\_\_\_\_

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta) = As regards the minor (bar the right choice):

- non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici  
no medical help was requested in the last 5 days
- è stato richiesto intervento medico - si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività  
medical help was requested - the absence of infectious diseases such as to contraindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification


data = date

firma di chi esercita la potestà parentale  
signature of the person exercising parental authority

## VACCINAZIONI - VACCINATIONS

E' stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?

Has a cycle of the following vaccinations against been completed?

se no, annotare la data dell'ultimo richiamo: = if not, please record the date of the last dose: 

antitetanica	tetanus	si = yes	no	
antidifterica	diphtheria	si = yes	no	
antipoliomielitica	poliomyelitis	si = yes	no	
antiepatite B	viral haepatitis B	si = yes	no	
antimorbillosa	measles	si = yes	no	
antitifica orale*	oral antityphoid*	si = yes	no	

\*quando richiesta      \*when requested

data = date

firma dell'operatore e timbro dell'AUSL  
doctor's [stamp and] signature

### AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (l. 675/96 e successivi provvedimenti).

### IMPORTANT NOTICE

The head of the community is responsible for the privacy of personal data here included according to italian law 675/96 and subsequent rules.