



# CORPO NAZIONALE GIOVANI ESPLORATORI ED ESPLORATRICI ITALIANI

**FOTO**  
(obbligatoria)

## DATI DEL SOCIO GIOVANE (COMPILARE A STAMPATELLO):

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ COD. FISCALE \_\_\_\_\_

IN CASO DI NECESSITA' RIVOLGERSI A \_\_\_\_\_

TELEFONO ABITAZIONE \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

TESSERINO SANITARIO N. \_\_\_\_\_ (ALLEGARE FOTOCOPIA)  OK

GRUPPO SANGUIGNO TIPO \_\_\_\_\_ (ALLEGARE FOTOCOPIA)  OK

LIBRETTO DELLE VACCINAZIONI \_\_\_\_\_ (ALLEGARE FOTOCOPIA)  OK

## RACCOLTA ANAMNESTICA E CERTIFICATO DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE FISICO-FISICA

- AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI  NO  SI  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_
- AFFEZIONI RESPIRATORIE  NO  SI  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_
- AFFEZIONI O.R.L.  NO  SI  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_
- AFFEZIONI RENALI  NO  SI  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_
- DIABETE  NO  SI  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_
- MALATTIE DEL SANGUE  NO  SI  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_
- DISTURBI PSICHICI  NO  SI  
CONVULSIONI \_\_\_\_\_  
CRISI EPILETTICHE \_\_\_\_\_

C.N.G.E.I. Sezione di Catania  
**SCHEDA MEDICA**

- ALLERGIE RESPIRATORIE  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_

NO | SI

- ALTERAZIONI SCHELETRICHE

NO | SI

SPECIFICARE SE IL RAGAZZO/A PUO' PORTARE SULLE SPALLE, PER LUNGI TRATTI UNO ZAINO DI CIRCA 12 KG PER I LUPETTI E DI CIRCA 20 KG PER ESPLORATORI E ROVER \_\_\_\_\_

- ALLERGIE ALIMENTARI  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_

NO | SI

- ALLERGIE A FARMACI  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_

NO | SI

- ALLERGIE AI VELENI DI IMENOTTERI  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_

NO | SI

**NOTIZIE UTILI**

IN CASO DI FEBBRE ALTA QUALE ANTIPIRETICO UTILIZZARE?

\_\_\_\_\_

CURE CONSIGLIATE SE INSORGONO DISTURBI PARTICOLARI

\_\_\_\_\_

DIETE PARTICOLARI

\_\_\_\_\_

SE LA RAGAZZA E' MESTRUATA, FA USO DI ANTIDOLORIFICI?  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_

NO | SI

\_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO AFFERMA DI AVER FORNITO AL MEDICO DICHIARAZIONE VERITIERA IN MERITO ALLE MALATTIE DEL/LA FIGLIO/A

FIRMA DEI GENITORI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO**

IL SOGGETTO , SULLA BASE DELLA VISITA DA ME EFFETTUATA E' DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE PSICO-FISICA E NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVE NON AGONISTICHE

DATA E LUOGO

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

**IL CERTIFICATO DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE DEVE ESSERE RINNOVATO ANNUALMENTE**

**P.S.** SI PREGANO I GENITORI DI INFORMARE TEMPESTIVAMENTE I CAPI SE IL PROPRIO/A FIGLIO/A DURANTE LA PERMANENZA IN UN CAMPO ABBAIA LA NECESSITA' DI ASSUMERE FARMACI, SPECIFICARE LA RELATIVA MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE CON PRESCRIZIONE MEDICA.