



YMCA ROMA

Tel. (+ 39) 0645479057 E-mail : campeggi@ymcaroma.it - www.ymca.it

SCHEMA MEDICA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____ Gruppo Sanguigno _____

In caso di emergenza avvisare:

Nome _____ Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Tel. _____

■ **NOTIZIE ANAMNESTICHE:** (segnare con una crocetta)

Morbillo Tosse convulsa Parotite Varicella Rosolia Scarlattina

Epatite virale Asma Convulsioni Diabete Svenimenti Disturbi di cuore

Allergie: Febbri da fieno Punture da insetti Farmaci Altro _____

■ **Il ragazzo/a soffre di:**

Disturbi psichici o mentali _____ Sonnambulismo _____

Turbe comportamentali _____ Enuresi _____

Altro _____

■ **Medicinale da somministrare in caso di:** Eemicrania _____

Febbre _____ Stitichezza _____

Eventuali esigenze speciali di alimentazione o cure: _____

Alla luce dei dati anamnestici e dall'esame obiettivo ritengo il ragazzo/a idoneo/a per partecipare a tutte le attività previste dal programma.

Data _____

IL MEDICO (timbro e firma)