



Autocertificazione medica per l'anno scout 2020/2021

Noi sottoscritti _____ e _____ genitori/tutori di
_____ (cognome e nome in stampatello del minore) segnaliamo:

Eventi patologici importanti:

Allergie farmacologiche e/o alimentari:

CASO DI NECESSITA' AUTORIZZO AD USARE I SEGUENTI FARMACI (principio attivo)

Febbre (TC < 38° C) _____

Infiammazione e/o dolore _____

Ulteriori informazioni che si desidera comunicare:

Allego:

- Fotocopia delle vaccinazioni effettuate
- Fotocopia del tesserino sanitario

Autorizzo inoltre i responsabili, qualora in caso di emergenza sia stato impossibile mettersi in contatto con me o con altri membri della famiglia (malgrado ogni tentativo), ad adottare, secondo le istruzioni del medico, quei provvedimenti necessari al benessere di mio/a figlio/a, data l'urgenza della decisione da prendere.

Verona, il ___/___/___ firme dei genitori / tutori _____

