



## **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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

