



# Reparto **Antares** – Branco **Mizar** – Compagnia **Hirpus**

CORPO NAZIONALE  
GIOVANI  
ESPLORATORI  
ED ESPLORATRICI  
ITALIANI  
ENTE MORALE D.L. n°  
1881 DEL 21-12-1916  
SOTTO L'ALTO  
PATRONATO  
DEL PRESIDENTE  
DELLA REPUBBLICA

## Scheda notizie.

Compilare a stampatello e consegnarla al Capo Unità



Mi chiamo..... e sono nato/a il ...../...../.....  
Cognome Nome gg/mese/anno

a..... e abito in via..... n°... cap 8 3 \_ \_ \_

a..... Provincia di (.....)

### I miei recapiti

**n. di tel 08** \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **o al n. di cell. 3** \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

n. di cell. (Papà:.....) 3\_ \_ /\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

e/o n. di cell. (Mamma:.....) 3\_ \_ /\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

altro recapito telefonico (specificare) \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

la mia **e-mail** è .....@.....

Frequento la ..... elementare - media – superiore Ho.....anni

Sono di religione: .....

Le mie esigenze di culto .....

I miei hobbies sono

.....  
.....

Gli scouts mi piacciono perché:

.....  
.....

Per i/le già iscritti/e **Capacità/Specialità** (Progressione Orizzontale)

.....  
.....  
.....



.....  
.....

Ù

Taglie e misure per: Maglietta/maglione ..... Camicia.....

Cappellino/Cappellone ..... Pantalone/Gonna pantalone .....

la mia firma

Firma di chi esercita la patria potestà



# Scheda Medica



**Senza la scheda medica non è possibile partecipare alle riunioni e/o ai campi-uscite.**

La compilazione di questa scheda deve avvenire con molta accuratezza. Questo è l'unico documento che ci permette di gestire le emergenze. Omettere informazioni significa ledere la salute dei vostri figli in caso di necessità. A tal proposito si consiglia l'ausilio di un medico curante.

**Si ricorda che è meglio prevenire che curare!**

Nome..... Cognome..... anni.....

Data di nascita..... Luogo di nascita.....

In caso di Emergenza contattare

il Sig. o la Sig.<sup>ra</sup> Nome..... Cognome.....

tel. (casa e/o ufficio)..... cell. ....

Malattie da segnalare:

Malattia	Eventi di rischio (indicare possibili cause scatenanti)	Sintomi (indicare elementi di manifestazione della malattia)	Farmaco (indicare il farmaco da somministrare)
Asma			
Diabete			
Epilessia			
Rinite allergica			
Dermatite			
Cardiopatie			
Altro			

Allergie e intolleranze da segnalare:

Allergia intolleranza	Tipo (specificare il tipo di allergia o intolleranza)	Sintomi (indicare elementi di manifestazione della malattia)
Alimentare		
Medicinale		
Polveri		
Altro tipo		
Altro tipo		

Medicinali da assumere durante i campi.....

Vaccinazioni effettuate .....

Altre informazioni necessarie .....

Cosa non posso mangiare.....

quando.....

Si allega il **certificato di sana e robusta costituzione** per l'attività sportiva.

Luogo e data.....

**Firma del medico curante**

Firma di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_