



# CENTRO RADIO SOCCORSO SUBLACENSE - ODV

## Volontari di Protezione Civile

Piazza G. Lustrissimi, 2 - 00028 Subiaco (Rm) Tel. 0774/523735

Iscritta albo regionale con decreto n. 1952/90 – Registro regionale decreto n. 661/98 – Iscritta D.P.R. 13005/N.  
[protezionecivilesubiaco.it](http://protezionecivilesubiaco.it) e-mail: [info@protezionecivilesubiaco.it](mailto:info@protezionecivilesubiaco.it) PEC: [centroradiosoccorsosublacense@pec.it](mailto:centroradiosoccorsosublacense@pec.it)

Campo Scuola anno \_\_\_\_\_

### Scheda Medica del partecipante

#### Dati del partecipante

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria n° \_\_\_\_\_  
Gruppo Sanguigno: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_

#### Dati residenza familiare

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

#### Dati dei genitori

Padre	Cognome: _____ Nome: _____
	Nato a: _____ Prov.: _____ il _____
	Cell: _____
Madre	Cognome: _____ Nome: _____
	Nato a: _____ Prov.: _____ il _____
	Cell: _____

#### Dati relativi al medico di famiglia

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_



# CENTRO RADIO SOCCORSO SUBLACENSE - ODV

## Volontari di Protezione Civile

Piazza G. Lustrissimi, 2 - 00028 Subiaco (Rm) Tel. 0774/523735  
Iscritta albo regionale con decreto n. 1952/90 – Registro regionale decreto n. 661/98 – Iscritta D.P.R. 13005/N.  
[protezionecivilesubiaco.it](http://protezionecivilesubiaco.it) e-mail: [info@protezionecivilesubiaco.it](mailto:info@protezionecivilesubiaco.it) PEC: [centroradiosoccorsosublacense@pec.it](mailto:centroradiosoccorsosublacense@pec.it)

### Informazioni mediche del partecipante

È affetto da patologie gravi:           SI    NO

In caso affermativo indicare la patologia: \_\_\_\_\_

Ha subito interventi chirurgici:       SI    NO

In caso affermativo indicare gli interventi: \_\_\_\_\_

Ha effettuato vaccinazioni oltre quelle di legge:       SI    NO

In caso affermativo indicare le vaccinazioni: \_\_\_\_\_

Utilizza attualmente dei farmaci:       SI    NO

In caso affermativo indicare i farmaci: \_\_\_\_\_

Necessita di cure particolari:       SI    NO

In caso affermativo indicare le cure: \_\_\_\_\_

È affetto da allergie o intolleranze:   SI    NO

In caso affermativo indicare le cure: \_\_\_\_\_

Deve osservare cure particolari:       SI    NO

In caso affermativo indicare la dieta: \_\_\_\_\_

Altre notizie più specifiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Firme dei genitori

Padre

Madre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_