

# Informazioni di emergenza dei partecipanti al campo

cudesch



Pfadibewegung Schweiz  
Mouvement Scout de Suisse  
Movimento Scout Svizzero  
Moviment Battasendas Svizra



Le informazioni richieste qui servono alla direzione del campo in caso di eventi imprevisti durante il campo. La direzione del campo si impegna a trattare queste informazioni in modo confidenziale. Dopo il campo questo formulario sarà distrutto.

**Attenzione:** L'assicurazione malattia, infortuni e responsabilità civile è a carico dei partecipanti. L'organizzatore declina ogni responsabilità. Le famiglie devono provvedere ad un'adeguata copertura assicurativa.

Si raccomanda di allegare una copia aggiornata del certificato di vaccinazione.

## Dati personali

Cognome/Nome: \_\_\_\_\_ Totem: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Attinenza: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
NPA, Località: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Cellulare (se fa al caso): \_\_\_\_\_  
Nome e cognome di chi esercita l'autorità parentale: \_\_\_\_\_

## Persona di contatto in caso di emergenza durante il campo (se possibile in Svizzera)

Nome e cognome: \_\_\_\_\_  
Parentela: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ NPA, località: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Nazione: \_\_\_\_\_  
Cellulare: \_\_\_\_\_

## Assicurazione

Cassa malati: \_\_\_\_\_ Numero dell'assicurato: \_\_\_\_\_  
È sostenitore/trice REGA:  Sì  No Numero della tessera: \_\_\_\_\_

## Medico curante

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ NPA, località: \_\_\_\_\_  
Telefono dello studio medico: \_\_\_\_\_

## Stato di salute

Peso: \_\_\_\_\_  
Deve prendere medicine durante il campo? (Quali, dosi e prescrizioni): \_\_\_\_\_

La direzione del campo deve occuparsi della somministrazione delle medicine?  Sì  No

Somministrazione generale di medicinali della farmacia da campo da parte dei responsabili del campo:

- I responsabili del campo sono autorizzati a somministrare al / alla partecipante medicinali senza obbligo di ricetta medica (p.es. antidolorifici), tenendo conto di eventuali allergie.
- I responsabili del campo non sono autorizzati a somministrare alcun medicinale esente da ricetta medica senza il nostro consenso. Sono raggiungibile / siamo raggiungibili al numero: \_\_\_\_\_

Informazioni sullo stato di salute (postumi di operazioni o incidenti, malattie, allergie):

### Informazioni generali

- Sa nuotare?     Sì     No
- Principiante     Avanzato (fino a 300 m)     Esperto (fino a 1000 m)

Deve seguire una dieta particolare (Abitudini alimentari, allergie o intolleranze alimentari,...)

Osservazioni e raccomandazioni (nostalgia di casa, enuresi notturna, preoccupazioni, paure, altre particolarità, Indicazioni di necessità basate su credenze religiose):

### Assicurazione Rega

I partecipanti ai campi G+S possono essere annunciati alla Rega tramite la direzione del campo e verranno considerati come sostenitori della Rega per la durata del campo.

Acconsento che a questo scopo il nome, l'indirizzo e la data di nascita del/della partecipante vengano comunicati alla Rega.

- Sì     No

Con la firma l'autorità parentale conferma i dati di cui sopra e **autorizza la direzione del campo**, in caso di emergenza, a intraprendere i passi necessari per dare avvio a cure mediche d'urgenza anche senza essere ulteriormente consultata.

Luogo e data:

Firma dell'autorità parentale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_