

Informazioni mediche e sui contatti in caso di emergenza per il bambino

Nome del bambino	Data di nascita	M	F
		Sesso	
Nome del genitore/tutore	Nome del genitore/tutore		
()	()	()	()
Tel. abitazione	Tel. ufficio	Tel. abitazione	Tel. ufficio
Indirizzo	Indirizzo		
Città, Paese CAP	Città, Paese CAP		

Contatti alternativi in caso di emergenza

Contatto principale in caso di emergenza	Contatto secondario in caso di emergenza		
()	()	()	()
Tel. abitazione	Tel. ufficio	Tel. abitazione	Tel. ufficio
Indirizzo	Indirizzo		
Città, Paese CAP	Città, Paese CAP		

Informazioni mediche

Clinica/ospedale preferito	
Nome del medico	Telefono
Compagnia di assicurazione	Numero polizza
Allergie/informazioni particolari sullo stato di salute	

Autorizzo tutti i trattamenti medici e chirurgici, l'esecuzione di radiografie, esami, anestesie e altre procedure mediche e/o ospedaliere che possano essere effettuate o prescritte dal medico curante e/o dal personale paramedico per il bambino e rinuncio al diritto di consenso per il trattamento. Tale rinuncia è valida solo qualora in cui, in caso di emergenza, non sia possibile contattare alcun genitore/tutore.

Firma del genitore/tutore	Data
Acconsento alla partecipazione del bambino alle gite. Sollevo [organizzazione] e i singoli individui da responsabilità in caso di infortunio nel corso di attività correlate a [organizzazione], a condizione che siano state osservate le normali procedure di sicurezza.	
Firma del genitore/tutore	Data
Firma del testimone	Data