



SCHEDA SANITARIA

Cognome e Nome _____

Residente a _____

In via _____ n° _____ CAP _____

Tel casa _____ Cel. _____

Indirizzo mail _____

Turno di partecipazione _____ dal _____ al _____

MALATTIE PREGRESSE _____

ALLERGIA A _____ trattata con (farmaco) _____

ALLERGIA A _____ trattata con (farmaco) _____

ALLERGIA A _____ trattata con (farmaco) _____

FARMACI ABITUALI IN USO _____

NOTE _____

Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati da parte del personale medico e paramedico nel rispetto della vigente legge sulla privacy.

Firma dei genitori

Luogo e data
