



SCHEDA SANITARIA

ATTENZIONE: E' FONDAMENTALE CHE VENGANO COMPILATI TUTTI I CAMPI

Cognome e Nome _____ Nata/o il : _____

C.F. _____ Altezza _____ Peso _____

Residente a _____

In Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Numero di cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Camp e Turno di partecipazione _____

A _____ 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.

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE _____