

SCHEDA SANITARIA

Cognome e Nome _____

Residente a _____

In Via _____ **n°** _____ **CAP** _____

Tel. Casa n° _____ **cell n°** _____

Indirizzo di posta elettronica _____

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.

DATA _____

FIRMA del GENITORE _____