



Scheda Sanitaria

Cognome e Nome _____

Residente a _____

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 _____

Email: segreteria@sportcampevents.com

