



SCHEDA SANITARIA

COGNOME E NOME DELL'ISCRITTO.....

RESIDENTE A.....

VIA..... N°.....

CAP.....TELEFONO.....

SECONDO RECAPITO TELEFONICO PER EMERGENZE.....

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA.....

TURNO DI PARTECIPAZIONE/ SETTIMANA DAL..... AL

MALATTIE PREGRESSE.....

ALLERGIA A

TRATTATA CON (FARMACO).....

ALLERGIA A

TRATTATA CON (FARMACO).....

ALLERGIA A

TRATTATA CON (FARMACO).....

INTOLLERANTE A

INTOLLERANTE A

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.....

Inviare la presente scheda compilata a: conselvesummercamp@gmail.com

Tel. 3474724774