SCHEDA MEDICA

Compilare accuratamente e in modo leggibile

Nome ……
Cognome ……
Indirizzo ……
Telefono abitazione ……
Telefono cellulare ……
Eventuale altro recapito ……
Nome e recapito medico curante ……

- CODICE FISCALE ……
- GRUPPO SANGUIGNO …… RH ……
- VACCINAZIONI EFFETTUATE antitetanica in data ……
  antitifica in data ……
- MALATTIE O DISTURBI IN CORSO ……
  ……
  ……
- TERAPIE IN CORSO (indicare medicine e modalità di somministrazione) ……
  ……
  ……
- MALATTIE O DISTURBI RICORRENTI ……
  ……
  ……
- TERAPIE CONSIGLIABILI SE INSORGONO TALI DISTURBI (indicare medicine e modalità di somministrazione) ……
  ……
  ……
- ALLERGIE ACCERTATE ……
  ……
  ……
- TERAPIE CONSIGLIABILI SE INSORGONO TALI ALLERGIE (indicare medicine e modalità di somministrazione) ……
  ……
  ……
- INTERVENTI CHIRURGICI RECENTI (indicarne tipologia e data) ……
  ……
  ……
- INTOLLERANZE ALIMENTARI ……
  ……
  ……

Data Firma del genitore

……/……/…… ……