



Summer CITY CAMP 2017 Milano



SCHEDA SANITARIA

Vi preghiamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci ad assicurare il benessere di vostro figlio/a.

Cognome e Nome _____ C.F. _____

Nato a _____ Il _____ Tessera ASL N° _____

Malattie pregresse _____

Farmaci Abituati in uso _____

ALLERGIE:

A) _____ Trattata con Farmaco _____

B) _____ Trattata con Farmaco _____

Quali sono le reazioni ed i sintomi _____

Indicare le modalità di somministrazione _____

Bisogno di assistenza sanitaria durante le somministrazioni ? _____

NOTE: Data Vaccinazione Antitetanica _____

**ALLEGARE CERTIFICATI MEDICO SPORTIVO O SANA E ROBUSTA
COSTITUZIONE, VACCINAZIONI E FOTOCOPIA TESSERA SSN**

DATA _____ Firma di un Genitore o Tutore legale _____