
SCHEMA MEDICA

Dati generali:

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ provincia _____

residente a _____ in via _____

n° _____

Antitetanica: data ultimo richiamo _____

Malattie infettive avute in passato:

1) _____

5) _____

2) _____

6) _____

3) _____

7) _____

4) _____

8) _____

Intolleranze a cibi particolari:

Allergie:

Altro:

Nome del medico personale:

N.B.:

- allegare **la fotocopia del tesserino sanitario**
- allegare **la fotocopia delle vaccinazioni**
- se esistono particolari medicine da somministrare nel caso di allergie o difetti congeniti scriverlo in fianco alle rispettive voci nella scheda.

Data _____

Firma _____