

# SCHEDA SANITARIA

PER LA PARTECIPAZIONE AL CAMPO ESTIVO RICREATIVO 2024 PER MINORI DA 6 A 14 ANNI

Cognome ..... Nome .....

Codice fiscale .....

Luogo di nascita ..... Data .....

Residente in ..... indirizzo .....

CAP ..... telefono ..... email .....

Tesserino sanitario n. ....

Medico curante ..... telefono .....

**Condizioni generali:** ( ) buone ( ) discrete ( ) scadenti ( ) pessime

**IDONEO ALLA PARTECIPAZIONE AL CAMPO ESTIVO RICREATIVO 2024 PRESSO**

..... DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

( ) SI ( ) NO

## ALLERGIE ED INTOLLERANZE

TIPOLOGIA	INDICAZIONI
FARMACI	
POLLINI	
POLVERI	
MUFFE	
PUNTURE INSETTI	
ALLERGIE ALIMENTARI	
ALTRO	
ALTRO	
ALTRO	

## ALTRE INDICAZIONI UTILI

.....

.....

Fabrica di Roma li \_\_\_\_\_

**IL MEDICO** .....

( Timbro e firma)