

Informazioni mediche

Nome _____ Cognome: _____ nato a _____ il _____

Gruppo Sanguigno _____ Cellulare Genitori _____

Pediatra: _____ Cellulare: _____

Vaccinazione antitetanica: [SI] [NO] _____

Favismo: [SI] [NO] _____

Celiachia: [SI] [NO] _____

Disturbi/malattie/... eventuali terapie mediche applicate: NESSUNA

Allergie alimentari: _____

Allergie a farmaci: _____

Altre allergie: _____

Intolleranze: _____

Data _____

Autorizzo la somministrazione di _____

in caso di _____

Data _____

Firma: _____

Allegati:

1 - Fotocopia della Tessera Sanitaria

2 - Certificazione medica

PS. Lo staff si impegna a non divulgare alcuna informazione se non al personale medico in caso di necessità.