

ASD OUTDOOR EXPERIENCE - SCHEDA SANITARIA del MINORE

Compilare accuratamente e in modo leggibile

Nome e cognome _____

Indirizzo _____

Telefono abitazione _____

Telefono cellulare genitore / i _____ / _____

Nome e recapito medico curante _____

CODICE FISCALE _____

GRUPPO SANGUIGNO _____ RH _____

MALATTIE O DISTURBI IN CORSO E RELATIVE TERAPIE (indicare medicinali e modalità di somministrazione)

1. _____

2. _____

3. _____

MALATTIE O DISTURBI RICORRENTI E RELATIVE TERAPIE (indicare medicinali e modalità di somministrazione)

1. _____

2. _____

3. _____

ALLERGIE E RELATIVE TERAPIE (indicare medicinali e modalità di somministrazione)

1. _____

2. _____

INTOLLERANZE _____

INTERVENTI CHIRURGICI (indicare tipologia e data)

1. _____ / ____ / ____
2. _____ / ____ / ____
3. _____ / ____ / ____

Data
____ / ____ / ____

Firma del genitore
