



**SCHEDA SANITARIA ATTENZIONE: E' FONDAMENTALE CHE  
VENGANO COMPILATI TUTTI I CAMPI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Nata/o il : \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Numero di cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Periodo di partecipazione al camp dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

MALATTIE PREGRESSE \_\_\_\_\_

ALLERGIA a \_\_\_\_\_ trattata con (farmaco) \_\_\_\_\_

ALLERGIA a \_\_\_\_\_ trattata con (farmaco) \_\_\_\_\_

ALLERGIA a \_\_\_\_\_ trattata con (farmaco) \_\_\_\_\_

FARMACI ABITUALI IN USO

INTOLLERANZE ALIMENTARI \_\_\_\_\_

ALLERGIE ALIMENTARI \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati da parte del personale medico e paramedico nel rispetto della vigente legge sulla privacy.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_