**SHEDA MEDICA PERSONALE**

DA COMPILARE COME AUTOCERTIFICAZIONR DA PARTE DI UN GENITORE O A CURA DEL MEDICO CURANTE

1. NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. LUOGO E DATA DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_

CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_ PROV\_\_\_\_\_\_

1. TELEFONO CASA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELL MAMMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELL PAPA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| TESSERA SANITARIA NUMERO: |
| ULSS DI APPARTENENZA: |
| GRUPPO SANGUIGNO: |
| E’ VACCINATO/A PER: |
| SOFFRE DI MALATTIE METABOLICHE?  Descrivere: |
| SOFFRE DI MALATTIE CARDIACHE?  Descrivere: |
| SOFFRE DI MALATTIE ALL’APPARTO RESPIRATORIO?  Descrivere: |
| SOFFRE DI MALATTIE ALL’APPARATO DIGERENTE?  Descrivere: |
| SOFFRE DI MALATTIE CRONICHE DI ALTRO TIPO?  Descrivere: |
| SOFFRE DI ALLERGIE? |
| ALLERGIE A QUALI FARMACI? |
| ALLERGIE A QUALI POLLINI? |
| ALLERGIE A QUALI ALIMENTI? |
| ALTRE EVENTUALI NOTIZIE CHE SI RITIENE POSSONO ESSERE UTILI: |
| MEDICO CURANTE: |
| RECAPITO TELEFONICO: STUDIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del genitore

--------------------------------------------------------