

SHEDA MEDICA PERSONALE

DA COMPILARE COME AUTOCERTIFICAZIONE 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 _____
3. 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
