

SCHEDA MEDICA PERSONALE

NOME _____

COGNOME _____

NATO A _____ IL ____ / ____ / ____

RESIDENTE A _____

VIA _____ N° ____

NUMERO TELEFONO CASA _____

CELLULARE MADRE: _____

CELLULARE PADRE: _____

NUMERO TESSERA SANITARIA: _____

VACCINAZIONI EFFETTUATE (specificare il periodo di copertura):

ALLERGIE E INTOLLERANZE (distinguere tra le due):

FARMACI E PRINCIPI ATTIVI CHE NON POSSO ASSUMERE:

Specificare antipiretici, antinfiammatori e altri medicinali usati solitamente per trattare mal di testa, influenze, mal di gola, mal di schiena, febbre o altro:

