

SCHEDA SANITARIA PER MINORE

Nome _____

Cognome _____

Luogo e Data di nascita _____ Nazionalità _____

Medico Curante _____

Contatto medico curante _____

Specificare in caso di malattie pregresse

Specificare in caso di allergie/intolleranze alimentari

Altre indicazioni sulla salute del minore

Specificare in caso di patologie e terapie in atto

Luogo, lì _____

Firma di chi esercita la potestà parentale
