



SCHEDA MEDICA SUMMER CAMP

Nome e Cognome:

Numero tessera sanitaria:

Malattie infettive:

.....
.....
.....

Allergie generiche: **NO SI'**

quali?:

Allergie ai medicinali: **NO SI'**

quali?:

Ad altro: **NO SI'**

cosa?:

Intolleranze alimentari:

.....
.....
.....

Necessito delle seguenti terapie

(porterò l'apposita documentazione ed i medicinali previsti):

.....
.....
.....

Interventi operatori (pregressi o recenti)

.....
.....

ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO D'IDONEITA' SPORTIVA

(NON NECESSARIO SE GIA' IN POSSESSO DI A.D.P. AURORA 1966)

Ai sensi della legge sulla privacy, si comunica che i vostri dati in nostro possesso verranno utilizzati esclusivamente per assolvere obblighi amministrativi interni.

data

firma del genitore