



Scheda Medica anno 2009/2010

Dati del Ragazzo

Nome _____ Cognome _____

Data Nascita _____ Cellulare per Emergenze _____

Codice Fiscale _____ Tessera San Num _____

Terapie Farmacologiche in Corso

Allergie

Farmacologiche _____

Alimentari _____

Pollini o Altro _____

Interventi Chirurgici

Farmaci usati abitualmente

(es. Tachipirina, Aspirina, Moment...)

Altre Segnalazioni

Il Sottoscritto _____ Firma _____