

La presente scheda è da consegnare compilata al personale educatore il 1° giorno di frequenza.

SCHEDA SANITARIA MINORI

Cognome _____ Nome _____

Luogo e Data di nascita _____ nazionalità _____

Residenza _____ via _____ n° _____

Domicilio _____ via _____ n° _____

Pediatra di famiglia _____

Tessera sanitaria _____ AUSL _____

ALLERGIE

Specificare

<u>FARMACI</u>	_____
<u>POLLINI</u>	_____
<u>POLVERI</u>	_____
<u>MUFFE</u>	_____
<u>ALIMENTI</u>	_____
<u>PUNTURE DI INSETTI</u>	_____
_____	_____

ALTRO _____

PATOLOGIE IN ATTO _____

DIETA SPECIALE (in caso di allergie o intolleranze gravi, è necessari la certificazione medica)

Data _____

Firma genitore
