

SCHEDA MEDICA



INFORMAZIONI PERSONALI

- NOME E COGNOME:
- N. CARTA D'IDENTITÀ:
- DATA DI NASCITA:
- GRUPPO SANGUIGNO:
- NOME MADRE/PADRE O TUTORE LEGALE:
- CONTATTO TELEFONICO PER LE URGENZE:
- N° TESSERA SANITARIA EUROPEA:

PATOLOGIE SPECIFICHE

SOFFRI ATTUALMENTE DI UNA MALATTIA PSICHICA?
 NO SÌ QUALE? _____

SOFFRI ATTUALMENTE DI UNA MALATTIA FISICA?
 NO SÌ QUALE? _____

SOFFRI DI UNA MALATTIA CRONICA?
 NO SÌ QUALE? _____

SEI STATO OPERATO/A?
 NO SÌ QUALE? _____

ALLERGIA A QUALCHE ALIMENTO? - PREFERENZA ALIMENTARIA?
 NO SÌ QUALE? _____

SEI ALLERGICO/A A QUALCHE MEDICINALE?
 NO SÌ QUALE? _____

ATTUALMENTE ASSUMI DELLE MEDICINE?
 NO SÌ QUALI? _____

ALLERGIE

MEDICINE

DICHIARO

Tutti i dati inseriti in questo documento sono corretti, non si riscontra incompatibilità o impedimento alla realizzazione delle attività proposte, né per il normale sviluppo delle attività quotidiane.

DATA E FIRMA ALUNNO

FIRMA GENITORE