



SCHEDA SANITARIA

COGNOME E NOME _____

SETTIMANA CAMP _____

MALATTIE PREGRESSE _____

ALLERGIA _____ FARMACO _____

ALLERGIA _____ FARMACO _____

ALLERGIA _____ FARMACO _____

FARMACI ABITUALI IN USO: _____

NOTE: _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati da parte del personale medico e paramedico nel rispetto della vigente legge sulla privacy

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma (del genitore o atleta maggiorenne) _____

VI RICORDIAMO DI PORTARE CON VOI IL TESSERINO SANITARIO



Orbite ASD

Via faentina 215/a - 48124 Ravenna (RA)

C.F. / P.IVA 02664930399

www.allaroundvolley.com