

## SCHEDA SANITARIA PER MINORE

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_

Contatto medico curante \_\_\_\_\_

Specificare in caso di malattie pregresse

\_\_\_\_\_

Specificare in caso di allergie/intolleranze alimentari

\_\_\_\_\_

Luogo, lì \_\_\_\_\_

Firma di chi esercita la potestà parentale

\_\_\_\_\_