

## 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

---

---

Altre indicazioni sulla salute del minore

---

---

Specificare in caso di patologie e terapie in atto

---

---

Luogo, lì \_\_\_\_\_

Firma di chi esercita la potestà parentale

---



Associazione di Promozione Sociale