

SCHEDA PERSONALE / SANITARIA

Cognome		Nome	
Luogo e data di nascita		Nazionalità	
Residenza/indirizzo/telefono			
Medico curante		Libretto sanitario n.	
		ASL	

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO
Parotite	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO
Pertosse	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO
Rosolia	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO
Varicella	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO

ALLERGIE

	Specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Alimenti	
Punture di insetti	

Altro

Patologie in atto.....

Dieta speciale

Luogo e Data _____ Firma del Medico Compilatore _____

Si allega fotocopia libretto delle vaccinazioni e certificato di idoneità all'attività sportiva.