



SCHEDA SANITARIA ATLETA

Cognome e Nome _____

Residente a: _____ Via: _____ N°: _____ CAP: _____

Tel. CASA: _____ Cell: _____ Ufficio: _____

MALATTIE PREGRESSE

ALLERGIA

a _____ trattata con (farmaco) _____

a _____ trattata con (farmaco) _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

FARMACI ABITUALI IN USO: _____

NOTE: _____

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

DATA: _____ **FIRMA del GENITORE:** _____