



SCHEDA SANITARIA

Ritiro Pre-Campionato Settembre 2019 – ASD OSG 2001

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ **il** _____

abitante a _____ **Via/P.za** _____ **n°** ____ **CAP** ____

Tel. _____ **Cell.:** _____

in qualità di: Genitore ____ Tutore ____ Affidatario ____

del/la ragazzo/a _____

FORNISCE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, LE INFORMAZIONI DI SEGUITO RICHIESTE:

➤ **Notizie utili da comunicare ai responsabili del Ritiro: malesseri ricorrenti e rimedi abituali consigliati dal medico di famiglia** _____

➤ **Farmaci o terapie per cui non dà l'autorizzazione** _____

➤ **Farmaci o terapie attualmente in corso da somministrare durante i giorni del Ritiro e che fornirà prima della partenza (*specificare modalità*)**

➤ **Allergie particolari a farmaci, pollini, etc.** _____

➤ **Allergie e intolleranze alimentari, o diete speciali** _____

➤ **Vaccinazioni:** ha effettuato la vaccinazione per l'antitetanica? **sì** ____ **no** ____
data ultima somministrazione _____

➤ **Altre informazioni che ritiene possano essere di utilità** _____

Data _____

(Firma del Genitore/Tutore/Affidatario)