

SCHEDA SANITARIA

DATI DEL / LA BAMBINO /A

COGNOME NOME

NATO/A IL RESIDENTE IN VIA.....

CAP CITTA

TELEFONO

CODICE FISCALE

INFORMAZIONI SANITARIE

ALLERGIE O INTOLLERANZE

ALIMENTARI SI NO

SE SI' QUALI

ALTRE ALLERGIE CON MANIFESTAZIONI ASMATICHE

.....

.....

MALATTIE ESANTEMATICHE: VACCINATO NON VACCINATO

ALTRE INFORMAZIONI:

.....

.....