



ASSOCIAZIONE GUIDE E SCOUTS SAN BENEDETTO

GRUPPO PALERMO

SCHEDA MEDICA

...I... sottoscritt... (di e di)
nat... a (prov.) il/...../.....;
Codice Fiscale _ _ _ _ _ ; Gruppo Sanguigno RH ;
Carta d'Identità n° _ _ _ _ _ rilasciata il/...../..... nel Comune di;
Residente a (prov.) in via/piazza n°
CAP telefono telefonino

DICHIARA DI:

Essere allergico a qualche cosa. Se sì, a cosa?

.....
.....
.....

Soffrire di qualche malattia o avere dei disturbi frequenti. Se sì, quali?

.....
.....
.....

Essere stato sottoposto ad operazioni o avere avuto fratture. Se sì, dove?

.....
.....
.....

Nel caso se ne dovesse riscontrare la necessità:

Autorizzo a sottopormi all'antitetanica

Non autorizzo a sottopormi all'antitetanica.

Scrivo qui sotto altre informazioni che ritengo possano essere utili:

.....
.....
.....

Palermo li,/...../.....;

(firma)

LETTO E CONFERMATO

(firma dei genitori)

.....