

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di Nascita ____/____/____

Indirizzo Residenza _____

Contatto Genitori _____

Allergie a: _____

Patologie in Atto: _____

In caso di bisogno segnalare i farmaci comunemente somministrati: _____

Terapie in corso che intende proseguire durante il soggiorno

Tipo e Posologia: _____

Idoneo alla pratica sportiva

SI ☐

NO ☐

È portatore di:

• Apparecchio Ortodontico

SI ☐

NO ☐

• Apparecchio Acustico

SI ☐

NO ☐

• Occhiali

SI ☐

NO ☐

Si consiglia di non lasciare alcun tipo di medicinale al proprio figlio/a. Gli accompagnatori non sono responsabili per medicinali consegnati ai bambini / ragazzi non precedentemente comunicati.

Nome e Cognome Genitore _____

Firma _____