



USCITA SQUADRA AGONISTICA

LOCALITA'.....

DAL **AL**

**SCHEDA SANITARIA CONOSCITIVA E PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'USO,
EVENTUALE, DI FARMACI**

Il/la sottoscritt.....
in qualità di padre/madre di
nato a **il**
residente in.....
recapiti telefonici

Dichiara sotto la propria responsabilità che:

(barrare la voce che interessa e completare dove necessario)

il/la propri... figli... non soffre di alcuna patologia medica, non ha allergie né intolleranze di qualsiasi genere.

il/la propri... figli... è affetto/a dalle seguenti patologie mediche, allergie, intolleranze:

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

ed è curato/a con la seguente terapia.....

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