



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.....

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

è stato/a vaccinato contro il tetano

Dichiara inoltre che

oltre alle terapie eventualmente indicate, in caso di necessità,

AUTORIZZA

I responsabili dello SCI CLUB CAMPO FELICE - ROCCA DI CAMBIO A. S. D. , a

somministrare al/la propria/o figlio/a i seguenti medicinali

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

In fede

.....

Resta inteso che per eventuali bisogni più specifici i responsabili dello SCI CLUB CAMPO FELICE - ROCCA DI CAMBIO A S D sono autorizzati a recarsi con il/la proprio/a figlio/a presso il più vicino posto di PRONTO SOCCORSO.

Per accettazione

.....

P.S. Si prega di allegare copia tesserino sanitario