



# SCHEDA SANITARIA

Cognome .....

Nome .....

TESSERA SANITARIA/ cod.Fisc. N° .....

ALLERGIE (SPECIFICARE)	
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture d'insetti	
alimenti	

Altro: .....

Eventuale documentazione allegata inerente allergie:

.....

Intolleranze alimentari: .....

Data: (firma del genitore)