



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)