

GREST 2019

Scheda sanitaria per minori

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

RESIDENZA

CODICE FISCALE DEL MINORE

ALLERGIE (farmaci, pollini, muffe, punture d'insetti, etc...)

FARMACI DA ASSUMERE specificare (dosi giornaliere, mattino, pranzo e cena)

REALI INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il genitore (o chi esercita la responsabilità genitoriale) autorizza la somministrazione nelle modalità summenzionate, dei farmaci indicati nel modulo e personalmente consegnati agli animatori del Grest, esonerandoli da ogni responsabilità.

LUOGO E DATA

FIRMA DI UN GENITORE