



SCHEDA SANITARIA

Cognome _____ Nome _____ Data Nascita _____

Soffre di allergie No Si (specificare che tipo)

E' allergico a farmaci No Si (specificare che tipo)

Ha mai sofferto di asma No Si

Usa plantari,byte o altri presidi No Si

Data ultima vaccinazione antitetanica (DiTe)

(si prega di allegare fotocopia del tesserino delle vaccinazioni)

Ricoveri ospedalieri No Si (specificare i motivi e l'anno)

Eventuali terapie in atto

Eventuali infortuni o altre informazioni di interesse sanitario

I dati personali riferiti nella scheda hanno il solo scopo di tutelare al meglio la salute del giocatore e saranno conservati nell' infermeria della Società a cura del Responsabile Medico della Società GES MONZA 1946 SSD A R.L.

Firma di un genitore

Data
