

---

## SCHEMA MEDICA 2024

---

### Dati generali:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**Antitetanica: data ultimo richiamo** \_\_\_\_\_

### Intolleranze a cibi particolari:

---

---

### Allergie:

---

---

### Nome del medico pediatra:

---

### N.B.:

- allegare **la fotocopia del tesserino sanitario**
- allegare **la fotocopia delle vaccinazioni**
- se esistono particolari medicine da somministrare nel caso di allergie scriverlo in fianco alle rispettive voci nella scheda.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_