



## Circolo NOI Prova

### SCHEDA MEDICA

Cognome		Nome	
---------	--	------	--

E' opportuno che i responsabili del Grest tengano presente queste notizie e conoscano le patologie di cui soffre o ha sofferto mio/a figlio/a

---

---

---

---

---

---

E' portatore di patologie croniche?

NO

SI

QUALI?

Asma

Diabete

Disturbi cardiaci

Svenimenti

Convulsioni

Altro

---

---

---

---

Mio/a figlio/a deve osservare queste terapie:

---

---

---

---

---

---

Per quanto riguarda allergie / intolleranze verso cibo, farmaci, agenti esterni ecc., segnalo quanto segue:

---

---

---

---

---

---

ata \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_