

Scheda sanitaria per iscrizione minori

--	--

Cognome

Nome

--	--

Luogo e data di nascita

Nazionalità

Residenza: indirizzo completo

--	--	--

Recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)

Patologie e terapie in corso _____

Intolleranze alimentari _____

ALLERGIE

	Specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture d'insetti	
Altre allergie	

Altro da segnalare _____

☐

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy presente sul sito www.mind-app.it e autorizzo il Trattamento dei Dati Personali per le finalità 4.1, 4.3, 4.4, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Data

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale
