

Delega gestione minore PPI Lignanolo

Io sottoscritto _____ Genitore di _____

Delego il/la Sig./ra _____ in mia assenza di prendere decisione di tipo sanitario assistenziale necessarie in caso di bisogno.

Allego documento d'identità

In fede _____

Data e luogo _____

Documento genitore

SCHEDA SANITARIA

ALLERGIE

Elencare di seguito allergie farmaci / alimentari

INTOLLERANZE

Elencare di seguito intolleranze farmaci / alimentari

FARMACI A SEGUITO

Elencare di seguito eventuali farmaci in possesso del ragazz* ed tipologia di somministrazione.

In fede _____

Data e luogo _____

