SCHEDA SANITARIA

Questa scheda, la cui compilazione è facoltativa per la partecipazione ai soggiorni del Consorzio Intercomunale Soggiorni Climatici, può costituire un valido aiuto per il medico che dovesse assistervi in caso di malattia durante la vostra vacanza. V'invitiamo a compilarla in stampatello o con scrittura leggibile, possibilmente con l'aiuto del vostro medico di famiglia. Chiudetela quindi in una busta, scrivete all'esterno in vostro nome/cognome e soggiorno (località, hotel e turno) al quale siete iscritti e consegnatela all'accompagnatore. L'accompagnatore conserverà le buste sino alla fine del soggiorno, quando vi sarà restituita. Potrà essere aperta esclusivamente da personale medico infermieristico nel caso di necessità.

COGNOME E NOME.....

DATA DI NASCITA.....LUOGO DI NASCITA.....

A.L.S. N. ..... CODICE FISCALE ……..…..

MEDICO CURANTE .....….....TELEFONO .....

MALATTIE DI CUI SI SOFFRE .....….....

.....

.....

.....

MEDICINE DI USO ABITUALE .....….....

.....

.....

.....

EVENTUALI ALLERGIE A MEDICINALI …….....

.....

.....

.....

DATA .....

_____

(firma di chi ha compilato la scheda)