CAMPI SCUOLA ALTA FORMAZIONE DOJO ZEN ALBANO

SCHEDA SANITARIA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI - AUTORIZZAZIONE PER CURE MEDICHE

I sottoscritti genitori/tutori di:

DATI ALLIEVO

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ (____) il ___/___/___ Cittadinanza _____
C.F. _____ Residente in _____
via _____ n° _____ Cap _____
Tel. abit. _____ Cell _____ Mail _____
Tessera Sanitaria n° _____

DATI GENITORI/TUTORI

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ (____) il ___/___/___ Cittadinanza _____
C.F. _____ Residente in _____
via _____ n° _____ Cap _____
Tel. abit. _____ Cell _____ Mail _____

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ (____) il ___/___/___ Cittadinanza _____
C.F. _____ Residente in _____
via _____ n° _____ Cap _____
Tel. abit. _____ Cell _____ Mail _____

Autorizziamo il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili sopra riportati, ai sensi del R.E. 679/2026 (GDPR) e del D.A. 10.08.2018 n° 101 in accordo con l'informativa fornita dall'A.S.D. P.S. C.S. DOJO ZEN, dichiariamo che i dati sanitari sotto indicati sono veritieri e completi,

ED AUTORIZZIAMO I RESPONSABILI DI NOSTRO FIGLIO/A A TRASPORTARLO IN OSPEDALE/PRONTO SOCCORSO PER EVENTUALI CURE MEDICHE NECESSARIE

Effettive allergie e/o intolleranze a cibi, medicinali o altro (indicare il grado di reazione)

_____
_____

In caso di profilassi in corso, specificare il nome del farmaco, posologia e orari, allegando prescrizione medica _____
_____
_____

L'allievo è protetto da Vaccinazione Antitetanica SI NO

Ulteriori vaccinazioni somministrate recentemente _____

Data _____

Firma _____ Firma _____