

COLONIA MARINA DIURNA Anno 2016

SCHEDA SANITARIA

Cognome e Nome _____

Luogo e data di Nascita _____

Domicilio _____ Tel _____

Allergie e intolleranze alimentari

Si certifica che il minore risulta idoneo alla frequenza del Servizio Colonia Marina Diurna.

Data _____

Firma e timbro del Medico
