CIP - Comitato Italiano Paralimpico

Modulo INFORMAZIONI MEDICHE CAMPUS

Tale foglio sarà trattenuto da ogni partecipante ed esibito al medico solo in caso di necessità

INDICAZIONI FARMACOLOGICHE UTENTE:

- ☐ Intolleranze/allergie: _____
- ☐ Farmaci assunti _____
- ☐ Vaccinazione anti Covid _____
- ☐ Altro: _____

INDICAZIONI FARMACOLOGICHE ACCOMPAGNATORE:

- ☐ Intolleranze/allergie: _____
- ☐ Farmaci assunti _____
- ☐ Vaccinazione anti Covid _____
- ☐ Altro: _____