



**USD Tribiano Calcio**  
**raccolta dati ALLERGIE - INTOLLERANZE - FARMACI ABITUALI**

| cognome e nome | data di nascita | luogo di nascita | ALLERGIE | INTOLLERANZE | FARMACI | ALTRO |
|----------------|-----------------|------------------|----------|--------------|---------|-------|
|                |                 |                  |          |              |         |       |

**NOTE**

**A - nella casella ALTRO indicare eventuali limitazioni (es. NO CARNE SUINA, o attenzioni di carattere religioso, altro)**

**B - nel caso NON CI SIANO INTOLLERANZE, ALLERGIE O UTILIZZO DI FARMACI - indicare NO nella casella di riferimento**

**C - la società non si assume la responsabilità della somministrazione di farmaci**

data decorrenza \_\_\_\_\_

firma leggibile genitore 1 - SE ATLETA MINORENNE \_\_\_\_\_

firma leggibile genitore 2 - SE ATLETA MINORENNE \_\_\_\_\_

**NOTA**

**eventuali variazioni intervenute rispetto al documento già consegnato devono essere comunicate a USD TRIBIANO**