

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

--

Cognome e nome

--

Luogo e data di nascita

--

Residenza – indirizzo – telefono

--

Medico curante

Tessera sanitaria n°

usl

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Parotite	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Pertosse	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Rosolia	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Varicella	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No

ALLERGIE

Specificare

Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture d'insetti	

Intolleranze alimentari	
-------------------------	--

Altre informazioni da segnalare

--

Documentazione allegata inerente PATOLOGIE e TERAPIE in atto

--

Per la/il minore: (barrare l'opzione)

- Non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- È stato richiesto intervento medico. Si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività.

data	
Firma di chi esercita la potestà parentale	