



SCHEDA SANITARIA PER MINORI

Cognome		nome	
Codice fiscale			
Luogo e data di nascita		nazionalità	
Residenza - indirizzo - telefono			
Medico curante	tessera sanitaria	AUSL	

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	sì	no	non so	vaccinato	sì	no
parotite	sì	no	non so	vaccinato	sì	no
pertosse	sì	no	non so	vaccinato	sì	no
Rosolia	sì	no	non so	vaccinato	sì	no
Varicella	sì	no	non so	vaccinato	sì	non

ALLERGIE

	specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture di insetti	

Altre malattie: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto: _____

Intolleranze alimentari: _____

Per 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
