

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

cognome		nome	
luogo e data di nascita		nazionalità	
residenza - indirizzo		telefono	
medico curante		libretto sanitario n.	AUSL

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	

altre allergie _____

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto _____

intolleranze alimentari _____

Per la/il minore (*barrare l'opzione esatta*)

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