

SCHEDA SANITARIA PER ESTATE RAGAZZI

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Nazionalità _____

Residenza: indirizzo e telefono _____ (____) _____

Medico curante _____

N° libretto sanitario _____ N° ASL _____

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 di insetti _____

Altro _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto: _____

intolleranze alimentari: _____

BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA:

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

Data: _____

(timbro e firma)

(nel caso di minori firma chi esercita la potestà parentale)

