

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

NAZIONALITA' _____

RESIDENZA-INDIRIZZO-TELEFONO _____

MEDICO CURANTE _____

RECAPITO TELEFONICO MEDICO CURANTE _____

LIBRETTO SANITARIO N. _____ AUSL _____

MALATTIE PREGRESSE

MORBILLO	SI	NO	NON SO	VACCINO	SI	NO
PAROTITE	SI	NO	NON SO	VACCINO	SI	NO
PERTOSSE	SI	NO	NON SO	VACCINO	SI	NO
ROSOLIA	SI	NO	NON SO	VACCINO	SI	NO
VARICELLA	SI	NO	NON SO	VACCINO	SI	NO

N.B. Le indicazioni relative alla situazione vaccinale non sono obbligatorie

ALLERGIE

	SPECIFICARE
POLLINI	
POLVERI	
MUFFE	
PUNTURE DI INSETTI	
FARMACI	

Altro _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto _____

Intolleranze alimentari _____

Data _____

Firma di chi esercita la potestà parentale
