



SCHEDA SANITARIA PER MINORI

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

MALATTIE PREGRESSE

morbillo	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so	vaccinato	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
parotite	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so	vaccinato	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
pertosse	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so	vaccinato	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
rosolia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so	vaccinato	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
varicella	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non so	vaccinato	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

ALLERGIE

	specificare
farmaci	
pollini	
polveri	
muffe	
punture d'insetti	

altro (es. episodi di pidocchi a scuola negli ultimi 3 mesi; pipì a letto, ecc.):

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