

SCHEDA SANITARIA PER MINORI SANITARY CARD FOR MINORS

cognome _____ nome _____

luogo e data di nascita _____ nazionalità _____

codice fiscale _____ indirizzo _____

Telefono _____ medico curante dott. _____

Difterite	Vaccinato	Si No		
Tetano	Vaccinato	Si No		
Poliomielite	Vaccinato	Si No		
EpatiteB	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Pertosse	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Emofilo B	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Morbillo	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Parotite	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Rosolia	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Varicella	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Pneumococco	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Meningococco C	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No

ALLERGIE

SPECIFICARE

Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture di insetti	

Altro _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto

INTOLLERANZE ALIMENTARI specificare quali

Barrare l'opzione esatta

- **NON** sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- **E' STATO RICHIESTO** intervento medico, si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

Data

Firma del genitore