

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

COGNOME.....NOME.....

CATEGORIA.....N° iscrizione gestino.....

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			
FARMACI DA ASSUMERE	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Dosi giornaliere. Mattina, pranzo cena prima dei pasti e dopo i pasti	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
INTOLLERANZE ALIMENTARI			

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto

Per il minore (barrare l'opzione esatta):

- Non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- E' stato richiesto l'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

.....