

SCHEDA SANITARIA

Cognome e nome del minore	→			
Comune di residenza e C.A.P.	→			
Via / Piazza e n° civico	→			
Cognome e nome di un genitore	→			
Recapito telefonico del genitore	→			

MALATTIE ESANTEMATICHE			ALTRE		
MORBILLO			PAROTITI		
VARICELLA			PERTOSSE		
ROSOLIA			DIFTERITE		
SCARLATTINA					
ALTRI ESANTEMI					

VACCINAZIONI EFFETTUATE

ANTITETANICA:	ULTIMO RICHIAMO:
Altre:	

ALLERGIE

ALIMENTARI:
FARMACOLOGICHE:
VARIE: pollini, graminacee, muffe, ecc.
TERAPIA IN CORSO:
VACCINO DESENSIBILIZZANTE:
(In caso di allergie farmacologiche specificare i farmaci <u>alternativi</u> a quelli in causa):

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:	SI		NO	
--------------------------------------	----	--	----	--

In modo particolare:				
ASMA BRONCHIALE	TERAPIE IN CORSO:			
TONSILLITI FREQUENTI	TERAPIE IN CORSO:			

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:	SI		NO	
-------------------------------	----	--	----	--

In modo particolare:				
TERAPIA:				

MALATTIE DEL SISTEMA URO GENITALE:	SI		NO	
------------------------------------	----	--	----	--

In modo particolare:				
TERAPIA:				

ERNIE ATTUALI O PREGRESSE:	SI		NO	
----------------------------	----	--	----	--

Osservazioni:				
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:	SI		NO	

In modo particolare:				
TERAPIA:				

MALATTIE DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO:	SI		NO	
---	----	--	----	--

In modo particolare:				
TERAPIA:				

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEO ARTICOLARE:	SI		NO	
---	-----------	--	-----------	--

In modo particolare:

MALATTIE DELLA PELLE:	SI		NO	
------------------------------	-----------	--	-----------	--

In modo particolare:

INTERVENTI CHIRURGICI:	SI		NO	
-------------------------------	-----------	--	-----------	--

Osservazioni:

ALTRE NOTIZIE SANITARIE UTILI:

--

--

--

PESO:	ALTEZZA:	(Dati facoltativi)
--------------	-----------------	---------------------------

--

--

SI CERTIFICA CHE IL MINORE, ALLO STATO ATTUALE, E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE IN ATTO E CHE NON VI SONO CONTROINDICAZIONI DI TIPO SANITARIO ALLA VITA DI COMUNITA'.

--

--

DATA _____

--

--

--

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE _____

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

FIRMA DI UN GENITORE _____

--

--

--

--

--