Scheda sanitaria per minori per iscrizione

Cognome	Nome

Luogo e data di nascita	Nazionalità

Residenza: indirizzo completo e recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)

Medico curante	libretto sanitario numero	ASL

MALATTIE PREGRESSE/PREVIOUS DISEASES

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 d'insetti	
Altro	

Altro _____

_____

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso

_____

Intolleranze alimentari_____

_____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data/date

_____

Firma di chi esercita la potestà parentale

_____