

**SCHEMA SANITARIA PER MINORI**

cognome	nome
Luogo e data di nascita	nazionalità
Residenza, indirizzo, telefono	
Medico curante	libretto sanitario n.
	AUSL

**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	

Altro: \_\_\_\_\_

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



Allegare inoltre:

- Fotocopia del libretto di vaccinazione/cartella pediatrica
- Fotocopia della tessera sanitaria dell'Azienda USL (ambo i lati)

