

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

Cognome..... Nome.....

data di nascita.....città.....(.....)

residente in viacittà.....(.....)

tel.....

Medico curante

Libretto sanitario n°.....AUSL.....

MALATTIE PREGRESSE

<u>Morbillo</u>	si/no/non so	<u>vaccinato</u>	si/no
<u>Parotite</u>	si/no/non so	<u>vaccinato</u>	si/no
<u>Pertosse</u>	si/no/non so	<u>vaccinato</u>	si/no
<u>Rosolia</u>	si/no/non so	<u>vaccinato</u>	si/no
<u>Varicella</u>	si/no/non so	<u>vaccinato</u>	si/no

ALLERGIE

- Farmaci** (specificare quali.....)
- Pollini**
- Polveri**
- Muffe**
- Punture d'insetti**
- Altro**

(Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto)

Intolleranze alimentari

Data

Firma di chi esercita la potestà parentale.....