SCHEDA SANITARIA PER CENTRO ESTIVO 2018

Cognome e nome _____ Luogo e data di

nascita _____ Nazionalità _____

Residenza: indirizzo e telefono _____

Medico curante _____ ASL _____

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO
Parotite	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO
Pertosse	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO
Rosolia	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO
Varicella	☐	SI	☐	NO	VACCINATO	☐	SI	☐	NO

ALLERGIE (specificare):

Farmaci _____

Pollini _____

Polveri _____

Muffe _____

Punture di insetti _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI _____

barrare la voce che interessa:

- Non sono stati richiesti interventi medici negli ultimi 5 giorni
- E' stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività.

Data _____

FIRMA DEL GENITORE