

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

Cognome e nome:

--

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Parotite	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Pertosse	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Rosolia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Varicella	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

Vaccinato	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vaccinato	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vaccinato	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vaccinato	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vaccinato	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

ALLERGIE

Importante: necessita della somministrazione di farmaci salva-vita: Si No

Altre allergie, specificare:

Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture d'insetti	

Intolleranze Alimentari	
-------------------------	--

Altre informazioni da segnalare

--

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto

--

Per la/il minore: (barrare l'opzione)

- 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.

Firma di entrambi i genitori (o del partecipante maggiorenne):

--

Firma autocertificazione (ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n.° 445)*

--

Firma autocertificazione (ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n.° 445)*

* secondo il Codice Civile in materia di filiazione, le decisioni di maggiore interesse per i figli in materia di educazione, istruzione e salute, rientrando nella responsabilità genitoriale, devono essere sempre assunte in comune accordo dai genitori. Qualora il modulo sia firmato da un solo genitore, si intende che la scelta e le dichiarazioni siano condivise da entrambi i genitori.

Data:

Villaverla,

⇒ **Allegare fotocopia del CERTIFICATO DELLE VACCINAZIONI e della TESSERA SANITARIA (fronte e retro).**