

SCHEDA SANITARIA PER CENTRO ESTIVO 2013

Cognome e nome _____ **Luogo e data di**

nascita _____ **Nazionalità** _____

Residenza: indirizzo e telefono _____

Medico curante _____ **ASL** _____

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Parotite	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Pertosse	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Rosolia	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Varicella	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	VACCINATO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	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
