

SCHEDA SANITARIA DEL MINORE

(all. 2)

(Le informazioni contenute nella presente scheda, saranno trattate in conformità a quanto previsto dal d.lgs. n. 196/2003)

REGIONE _____	ASL _____
COGNOME: _____	NOME: _____
NATA/O A: _____	IL: _____ / _____ / _____
RESIDENTE A: _____	VIA: _____
ESAME OBIETTIVO: _____	
ECTOPARASSITOSI: _____	
PATALOGIE IN ATTO: _____	
Il/la minore non presenta sintomi o segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a al soggiorno studio.	
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____	data compilazione _____

Da compilare a cura del genitore

1. **Malattie pregresse:** morbillo parotite pertosse rosolia varicella scarlattina altro _____
2. **Allergie:** farmaci _____ pollini _____ polveri _____
muffe _____ alimenti _____ veleno insetti _____
3. **Terapie in corso (allegare certificazione del medico curante):** _____
4. **Dieta speciale (specificare alimenti vietati):** _____
5. **Notizie utili per il medico del Campo estivo:** _____
6. **Apparecchi protesici e/o altri ausili:** _____

FIRMA DEL GENITORE _____ DATA _____

• Vaccinazioni eseguite (la compilazione può essere sostituita da certificato di vaccinazione)

	1° dose	2° dose	3° dose		1° dose	2° dose	3° dose
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___	MPR	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami		___/___/___	___/___/___	Richiami		___/___/___	___/___/___
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Morbillo	___/___/___	___/___/___	
Richiami		___/___/___	___/___/___	Parotite	___/___/___	___/___/___	
POLIO	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Rosolia	___/___/___	___/___/___	
Richiami		___/___/___	___/___/___	HiB	___/___/___	___/___/___	___/___/___
HBV	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Altre (specificare):	_____		
Richiami		___/___/___	___/___/___		_____		