

SCHEDA MEDICA

In data \_\_\_\_\_ i sottoscrittenti hanno compilato la seguente scheda medica sotto la propria responsabilità, riferita al ragazzo sotto nominato; dichiarano che le notizie sotto riportate sono veritiere, s'impegnano altresì a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in fraz/via \_\_\_\_\_

N° tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**ALLEGARE FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE E DEL LIBRETTO DELLE VACCINAZIONI**

**VACCINAZIONI** (indicare la data dell'ultimo richiamo)

EPATITE \_\_\_\_\_

ANTITETANICA \_\_\_\_\_

**ANAMNESI** (interventi chirurgici subiti di particolare rilevanza)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MALATTIE PREGRESSE** (**sottolineare** quelle già fatte)

MORBILLO                      ROSOLIA                      VARICELLA                      PAROTITE

SCARLATTINA                      PERTOSSE                      ESANTEMI INFETTIVI

**ALLERGIE** (se SI quali cure)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ASMA** (se SI quali cure)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALTRE NOTIZIE UTILI** riferite ad allergie per farmaci e/o eventuali cicli di trattamenti farmacologico in atto (tempi e durata)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**QUESTA SCHEDA è STATA COMPILATO SOTTO DIRETTA RESPONSABILITA' DI:**

**PADRE DEL MINORE** o di chi ne fa le veci (firma leggibile)

**MADRE DEL MINORE** o di chi ne fa le veci (firma leggibile)

Le notizie contenute in questa scheda possono essere usate in caso di necessità, a discrezione dei capi presenti e successiva comunicazione dei genitori.