

Scheda sanitaria per minori per iscrizione

Cognome	Nome

Luogo e data di nascita	Nazionalità

Residenza: indirizzo completo e recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)

--	--	--

Medico curante

Numero Tessera Sanitaria

ASL

**MALATTIE PREGRESSE**

<b>MORBILLO</b>	sì	NO	NON SO	VACCINATO	sì	NO
<b>PAROTITE</b>	sì	NO	NON SO	VACCINATO	sì	NO
<b>PERTOSSE</b>	sì	NO	NON SO	VACCINATO	sì	NO
<b>ROSOLIA</b>	sì	NO	NON SO	VACCINATO	sì	NO
<b>VARICELLA</b>	sì	NO	NON SO	VACCINATO	sì	NO

**ALLERGIE**

	SPECIFICARE QUALI
FARMACI	
POLLINI	
POLVERI	
MUFFE	
PUNTURE D' INSETTI	
ALTRO	

Altro \_\_\_\_\_

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso \_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76delDPR445/2000)

Data

Firma di chi esercita la potestà parentale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_