



Scheda sanitaria per minori per iscrizione

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Nazionalità _____

Residenza: indirizzo completo _____

Recapito telefonico in caso di urgenza _____ Medicocurante _____

Libretto sanitario numero _____ ASL _____

MALATTIE PREGRESSE						
Morbillo	si	No	Non so	vaccinato	si	no
Parotite	si	No	Non so	vaccinato	si	no
Pertosse	si	No	Non so	vaccinato	si	no
Rosolia	si	No	Non so	vaccinato	si	no
Varicella	si	No	Non so	vaccinato	si	no

ALLERGIE	
	specificare
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.76 del DPR 445/2000)

Data _____

Firma di chi esercita la potestà parentale _____