



SCHEDA SANITARIA

Nome _____ Cognome _____
 Data di Nascita _____ Residente a _____
 In Via _____ n° _____ Cap. _____ Prov. _____
 Telefono Abitazione _____ Cell. _____

Numeri telefonici reperibili nel periodo della vacanza.

Numero _____ Presso _____

Numero _____ Presso _____

Codice Fiscale _____

Regione _____ Azienda USL n° _____

N° Tes. Sanitaria _____

Notizie Anamnestiche

Soffre di:

- Morbillo
- Varicella
- Parotite
- Pertosse
- Rosolia
- Scarlattina

- Cardiopatie
- Epistite
- Diabete
- Asma Bronchiale
- Asma Notturna
- Epilessia
- Limfadenopatie
- Reumatismo
- Altro _____

Patologie in Atto

Terapia in corso
(specificare farmaci e
posologie)

Allergie

- SI
- NO

Per quali farmaci?

Per quali alimenti?

È portatore

- Apparecchio ortodontico
- Apparecchi acustici
- Scarpe ortopediche
- Occhiali
- Lenti a contatto
- Altro _____

È soggetto ai:

- Crisi acettonemiche
- Enuresi Notturna/Diurna
- Insonnia
- Sonnambulismo
- Altro _____

In caso di crisi, quali farmaci devono essere somministrati?

Ha effettuato le vaccinazioni previste per legge? **SI** **NO**
 ✓ Allegare copia tessero vaccinazioni o certificato

Non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase contagiosa, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a in comunità

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE
 Del medico curante

Data _____