

**Allegato 3  
SCHEDA SANITARIA PER MINORI  
SANITARY CARD FOR MINORS**

--	--

Cognome - surname Nome – first name

--	--

Luogo e data di nascita – place and date to birth Nazionalità - nationality

--

Residenza, indirizzo, telefono – domicile complete address, phone

--

Medico curante – doctor in charge

--	--

Libretto sanitario n. ASUR

**MALATTIE PREGRESSE – PREVIOUS DISEASES**

Morbillo measles	si - yes	no	non so - unknow	vaccinato - vaccinated	si - yes	no
------------------	----------	----	-----------------	------------------------	----------	----

Parotite mumps	si - yes	no	non so - unknow	vaccinato - vaccinated	si - yes	no
----------------	----------	----	-----------------	------------------------	----------	----

Pertosse whooping-cough	si - yes	no	non so - unknow	vaccinato - vaccinated	si - yes	no
-------------------------	----------	----	-----------------	------------------------	----------	----

Rosolia rubella	si - yes	no	non so - unknow	vaccinato - vaccinated	si - yes	no
-----------------	----------	----	-----------------	------------------------	----------	----

Varicella varicella	si - yes	no	non so - unknow	vaccinato - vaccinated	si - yes	no
---------------------	----------	----	-----------------	------------------------	----------	----

**ALLERGIE – ALLERGIES**

		Specificare - specify
farmaci	drugs	
pollini	pollens	
polveri	dusts	
muffe	moulds	
punture di insetti	insect stings	

altro other diseases: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – included papers concerning diseases and terapie in progress:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari – food intolerance: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per il/la minore (barrare l'opzione esatta) – As regards the minor (bar the right choise):

non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici – no medical help was in the last 5 days

È stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività  
Medical help was requested – the absence of infectious disease such a sto controindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclose medical certification

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma di chi esercita la potestà genitoriale

Signature of the person exercising parental authority \_\_\_\_\_