

**Allegato 3  
SCHEDA SANITARIA PER MINORI**

Cognome	Nome

Luogo e data di nascita	Nazionalità

Residenza, indirizzo, telefono

Medico curante

Libretto sanitario n.	ASUR

**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 di insetti	

altro : \_\_\_\_\_

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto :

\_\_\_\_\_

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

Per il/la minore (barrare l'opzione esatta):

non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici

È stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

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

Firma di chi esercita la potestà genitoriale \_\_\_\_\_