



# SCHEDA SANITARIA DEL MINORE

(all. 2)

(Le informazioni contenute nella presente scheda, saranno trattate in conformità a quanto previsto dal d.lgs. n. 196/2003)

REGIONE \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

NATA/O A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RESIDENTE A: \_\_\_\_\_ VIA: \_\_\_\_\_

ESAME OBIETTIVO: \_\_\_\_\_

ECTOPARASSITOSI: \_\_\_\_\_

PATALOGIE IN ATTO: \_\_\_\_\_

Il/la minore non presenta sintomi o segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a al soggiorno studio.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

data compilazione \_\_\_\_\_

## Da compilare a cura del genitore

1. **Malattie pregresse:** morbillo  parotite  pertosse  rosolia  varicella  scarlattina  altro \_\_\_\_\_
2. **Allergie:** farmaci \_\_\_\_\_ pollini \_\_\_\_\_ polveri \_\_\_\_\_  
muffe \_\_\_\_\_ alimenti \_\_\_\_\_ veleno insetti \_\_\_\_\_
3. **Terapie in corso (allegare certificazione del medico curante):** \_\_\_\_\_
4. **Dieta speciale (specificare alimenti vietati):** \_\_\_\_\_
5. **Notizie utili per il medico del Campo estivo:** \_\_\_\_\_
6. **Apparecchi protesici e/o altri ausili:** \_\_\_\_\_

## Vaccinazioni eseguite (la compilazione può essere sostituita da certificato di vaccinazione)

**DT**      1° dose      2° dose      3° dose  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Richiami      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DTP**      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Richiami      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**POLIO**      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Richiami      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**HBV**      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Richiami      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**MPR**      1° dose      2° dose      3° dose  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Richiami      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Morbillo**      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Parotite**      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Rosolia**      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**HiB**      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Altre (specificare):** \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_