



SCHEDA SANITARIA PER MINORI

COGNOME bambino/a _____ NOME bambino/a _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

NAZIONALITA' _____ COMUNE DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO Via _____ n. _____

RECAPITI TELEFONICI _____

MEDICO CURANTE _____ TEL. _____

LBRETTO SANITARIO N. _____ AUSL DI RIFERIMENTO _____

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	

Necessita di dieta speciale? si no (in caso di risposta positiva compilare il modulo di dieta speciale)

Necessita di somministrazione farmaci in orario di svolgimento del servizio estivo? si no

Altre informazioni riguardanti lo stato di salute del bambino/a:

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto:

Intolleranze alimentari:



Azienda Servizi alla Persona Opus Civium
Comuni di Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto
Unione Terra di Mezzo

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

- Non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- E' stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data: _____

Firma di chi esercita la potestà parentale
