SCHEDA SANITARIA

Cognome	Nome

Luogo e data di nascita

Città	Indirizzo	Telefono

Medico curante	Nr° libretto sanitario	Numero A.S.L. di appartenenza

☐ **MALATTIA 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

La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita con copia del libretto di vaccinazione

☐ **ALLERGIE** (Specificare)

FARMACI	
POLLINI	
POLVERI	
ACARI	
MUFFE	
PUNTURE INSETTI	
INTOLLERANZE ALIMENTARI	

☐ In caso di febbre alta si può somministrare _____

☐ Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto _____

_____

Gruppo sanguigno _____

Data compilazione _____

_____

Timbro e firma del medico compilatore

Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla legge n. 675 sulla privacy.