



COMUNE DI ROCCAPIEMONTE

Provincia di Salerno

Scheda sanitaria per minori

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov (_____) data di nascita _____

Nazionalità _____

Residenza: indirizzo completo e recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento) _____

Medico curante _____ libretto sanitario N. _____ ASL _____

MALATTIE PREGRESSE

| | | | | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Morbillo | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so | vaccinato: | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Parotite | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so | vaccinato: | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Pertosse | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so | vaccinato: | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Rosolia | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so | vaccinato: | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Varicella | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so | vaccinato: | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

ALLERGIE

| | <i>specificare</i> |
|-------------------|--------------------|
| Farmaci | |
| Pollini | |
| Polveri | |
| Muffe | |
| Punture d'insetti | |
| | |

Altro _____

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso _____

Intolleranze alimentari _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data _____

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale
