



Scheda Sanitaria

Cognome e Nome del bambino/a	Nato il	Turno
------------------------------	---------	-------

Peso	
Altezza	

SI PREGA di ALLEGARE

1. La fotocopia della tessera sanitaria del bambino
2. Fotocopia del certificato delle vaccinazioni

ELENCARE eventuali PROTESI che il bambino dovesse portare nel corso del soggiorno (apparecchi ortodontici, acustici, altro) precisando tempi e modalità d'uso dei medesimi e quanto altro utile:

Anamnesi	
Malattie esantematiche	Altre
<input type="checkbox"/> Morbillo <input type="checkbox"/> Rosolia <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Scarlattina <input type="checkbox"/> Altri esantematici	<input type="checkbox"/> Parotite <input type="checkbox"/> Pertosse <input type="checkbox"/> Difterite Altro _____

MALATTIE PREGRESSE oppure in CORSO	SI	NO	MALATTIE PREGRESSE oppure in CORSO	SI	NO
ALLERGIE			EPATITE VIRALE		
ASMA BONCHIALE			EPILESSIA/CONVULSIONI		
BRONCHITI FREQUENTI			DIABETE		
TONSILLITI FREQUENTI			Attualmente soffre di ENURESI		

Allergie

ALIMENTARI (in caso di diete speciali specificare gli alimenti vietati).

FARMACI (in caso di allergie farmacologiche, specificare i farmaci alternativi a quelli in causa)

VARIE (pollini, graminacee, polveri, muffe, veleno insetti, etc.)

SE IL BAMBINO FOSSE IN TERAPIA ALL'ARRIVO PREGHIAMO DI RIPORTARE DIAGNOSI, TERAPIA e RELATIVA POSOLOGIA.

FARMACI ABITUALMENTE USATI OSSERVAZIONI e CONSIGLI

Altre notizie sanitarie utili

Esame obiettivo generale

Il/la bambino/a non presenta sintomi e 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 precluderne l'ammissione ed è esente da patologie incompatibili con la vita di comunità.

Luogo e data Non anteriore a 5 giorni dall'arrivo

Timbro con codice e firma del medico curante
(oppure firma del genitore valida quale autocertificazione)