

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS**

cognome-surname		nome-first name	
Luogo e data di nascita – place and date of birth		nazionalità – nationality	
Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone			
Medico curante – doctor in charge	libretto sanitario n.	AUSL	

**MALATTIE PREGRESSE – PREVIOUS DISEASES**

Morbillo measles	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Parotite mumps	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Pertosse whooping-cough	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Rosolia rubella	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Varicella varicella	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No

**ALLERGIE – ALLERGIES**

	specificare - specify
Farmaci drugs	
Pollini pollens	
Polveri dusts	
Muffe moulds	
Punture di insetti insect stings	

Altro-other diseases: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – included papers concerning diseases and therapies in progress: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

intolleranze alimentari – food intolerances: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta) – As regards the minors (bar the right choice):

- non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici  
no medical help was requested in the last 5 days
- è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività  
medical help was requested – the absence of infectious diseases such as to contraindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

Data - date

Firma di chi esercita la potestà parentale  
Signature of the person exercising parental authority