

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 minor (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
