

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

--	--

Cognome minore

Nome minore

--

Luogo e data di nascita

--

Residenza- Indirizzo-Telefono

	n.	
--	----	--

Medico curante

Tessera sanitaria

ASL

MALATTIE 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

Intolleranze alimentari:

ALLERGIE

	Specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture di insetti	

Altro: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto:

Si certifica che il minore gode di sana e robusta costituzione e può effettuare attività sportiva non agonistica.

Data _____

Il medico