

# SCHEDA MEDICA(\*)



## Dati generali:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

## Vaccinazioni effettuate:

Antipolio data \_\_\_\_\_  
Antidifterica data \_\_\_\_\_  
Antivaiolosa data \_\_\_\_\_  
Antipertossica data \_\_\_\_\_  
Antiepatite B data \_\_\_\_\_  
Altre: \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
Antitetanica: data ultimo richiamo \_\_\_\_\_



## Malattie infettive avute in passato:

1) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_  
5) \_\_\_\_\_ 10) \_\_\_\_\_

## Intolleranze a cibi particolari:

\_\_\_\_\_

## Allergie:

\_\_\_\_\_

## Difetti congeniti:

\_\_\_\_\_

## Per le ragazze:

è sviluppata?      SI      NO  
se NO, è al corrente?      SI      NO

## Altro:

\_\_\_\_\_

## Nome e numero di telefono del medico di famiglia:

\_\_\_\_\_

## N.B.:

- allegare la fotocopia del codice fiscale (meglio se fotocopiato sul retro di questa scheda)
- se esistono particolari medicine da somministrare nel caso di allergie o difetti congeniti scriverlo in corrispondenza delle rispettive voci nella scheda.

FIRMA DEI GENITORI

\_\_\_\_\_

(\*) Facendo seguito alla scheda relativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs. 196/03), da voi firmata ad inizio anno, precisiamo che questi dati, prevalentemente sensibili, saranno custoditi dai Capi Unità e visionati solo ed esclusivamente da loro a scopo informativo e preventivo.