

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

VACCINAZIONI – VACCINATIONS

E' stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?
Has a cycle of the following vaccinations against been completed?

Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo: - if not, please record the date of the last dose:

| | | | |
|-------------------------------------|--------|----|--|
| Antitetanica tetanus | Si-yes | No | |
| Antidifterica diphteria | Si-yes | No | |
| Antipoliomielitica poliomyelitis | Si-yes | No | |
| Antiepatite B viral haepatitis B | Si-yes | No | |
| Antimorbillosa measles | Si-yes | No | |
| Antitifica orale* oral antityphoid* | Si-yes | No | |

*Quando richiesta *when requested

Data-date

Firma dell'operatore e timbro dell'AUSL
Doctor's stamp and signature

N.B. La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da:

- fotocopia del libretto di vaccinazione
- fotocopia della tessera di vaccinazione (rilasciata da Settore Profilassi dell'Azienda USL in luogo del libretto)
- certificato delle vaccinazioni (rilasciato dagli uffici dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda USL)

AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (L. 675/96 e successivi provvedimenti).

IMPORTANT NOTICE

The head of the community is responsible for the privacy of personal data here included according to italian law 675/96 and subsequent rules.