



## SCHEDA MEDICA

### Dati generali:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Abitante 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:

---

Altro:

---

---

---

---

Nome e numero di telefono del medico di famiglia:

---

- allegare la fotocopia del tesserino sanitario (meglio se fotocopiato sul retro di questa scheda)
  - se esistono particolari medicine da somministrare nel caso di allergie o difetti congeniti scriverlo in fianco alle rispettive voci nella scheda.
- Se siete sicuri di averci detto tutto quanto riguarda vostro figlio, firmate qui

---

