

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS**

Cognome-

Nome

Codice Fiscale

Luogo e data di nascita – nazionalità –

Residenza, indirizzo, telefono \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Difterite	Vaccinato	Si No		
Tetano	Vaccinato	Si No		
Poliomielite	Vaccinato	Si No		
EpatiteB	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Pertosse	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Emofilo B	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Morbillo	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Parotite	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Rosolia	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Varicella	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Pneumococco	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No
Meningococco C	Vaccinato	Si No	Malattia pregressa	Si No

ALLERGIE –specificare Farmaci - Pollini Polveri Muffe Punture di insetti :

Intolleranze alimentari:

Altro :

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto –

Data

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale