



JUNIOR CLUB

Pratoalto

SCHEMA SANITARIA

Cognome..... Nome.....Nato a..... il.....
 Indirizzo.....Tel.....
 N° Tessera sanitaria.....ASL di.....**Allegare fotocopia!**
 Telefoni di reperibilità.....

| Malattie pregresse | Soffre di | | Allergie | | | | |
|--------------------|-----------|----|----------------------|----|-----------------|--|--|
| | si | no | si | no | | | |
| Morbillo | | | Enuresi | | Pollini | | |
| Parotite | | | Asma bronchiale | | Punture insetti | | |
| Pertosse | | | Bronchiti frequenti | | Polveri | | |
| Rosolia | | | Tonsilliti frequenti | | Farmaci | | |
| Varicella | | | | | Alimenti | | |

Altre patologie:.....
 Terapie in atto:.....
 Allergie a farmaci (specificare):.....
 Allergie alimentari (specificare).....
 Altre informaz. utili.....

Dichiarazione firmata da un medico

Il bambino ha effettuato il ciclo completo di vaccinazioni previste dalla legge.
 Non presenta sintomi di malattie trasmissibili e non proviene da zone con epidemie in atto.
 Risulta fisicamente idoneo a vivere in comunità.

Data:.....
 (Possibilmente non anteriore a 3gg dal soggiorno)

Timbro e firma del medico