



SCHEDA SANITARIA A CURA DEL MEDICO

Da compilarsi nei 7 giorni che precedono la partenza da un medico, ai sensi della circolare N.6 del 20/4/2000 del Ministero della Sanità e da consegnare all'Ente Gestore.

COGNOME _____

NOME _____

SOGGIORNO SCELTO _____ GIORNO DI PARTENZA _____

Dati relativi al bambino (da compilarsi a cura del genitore)

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ (prov.) _____ tel: _____

Via/P.zza _____ n° _____

A.S.L. n° _____ Codice Fiscale _____

Familiare che ha presentato la domanda per l'iscrizione

Sig _____ grado di parentela _____

Telefono cellulare _____ Tel. fisso _____

(Da compilarsi a cura del medico curante)

Malattie pregresse

morbillo	si no	vaccinato	si no
varicella	si no	vaccinato	si no
rosolia	si no	vaccinato	si no
parotite	si no	vaccinato	si no
pertosse	si no	vaccinato	si no
scarlattina	si no	vaccinato	si no

Allergie:

Alimentari (in caso di diete speciali specificare gli alimenti vietati)

—

—

Farmacologiche (in caso di allergie farmacologiche specificare i farmaci alternativi a quelli in causa)

—

—

Varie (pollini, graminacee, polveri muffe, veleno insetti, etc)

—

Frasì S.r.l. info@frasiformazione.it
Sede legale: Via Merulana, 272 pec:frasi.srl@pec.it
00185 Roma (RM) www.frasiformazione.it
Tel. 06.97841205 Fax. 06.56562840 P.IVA 09504521007



Certificato N. IT280447



Patologie in atto:

Terapie in corso:

Dieta speciale per intolleranze alimentari:

Esame obiettivo del medico curante:

Notizie per il direttore del soggiorno

È portatore di:

apparecchio ortodontico SI NO
apparecchio acustico SI NO
occhiali SI NO
scarpe ortopediche SI NO
altro

Soffre di:

crisi acetonemiche SI NO
insonnia SI NO
sonnambulismo SI NO
enuresi notturna/diurna SI NO
altro

In caso di crisi, quali farmaci devono essere somministrati?

È stato effettuato il ciclo completo delle seguenti vaccinazioni? Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo:

Antitetanica	SI	NO	
Antidifterica	SI	NO	
Antipolio	SI	NO	
Antiepatite B	SI	NO	
Antimorbillosa	SI	NO	
Antitifida orale (facoltativa)	SI	NO	

Il/La minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a in comunità.

Al fine di individuare eventuali forme di parassitosi del cuoio capelluto in forma sintomatica si richiede la valutazione del medico curante per consentire al bambino la completa fruizione della vacanza.

Frasì S.r.l. info@frasiformazione.it
Sede legale: Via Merulana, 272 pec:frasi.srl@pec.it
00185 Roma (RM) www.frasiformazione.it
Tel. 06.97841205 Fax. 06.56562840 P.IVA 09504521007



Certificato N. IT280447



Data _____

_____ Timbro con codice e firma del medico curante

Frasì S.r.l. info@frasiformazione.it
Sede legale: Via Merulana, 272 pec:frasi.srl@pec.it
00185 Roma (RM) www.frasiformazione.it
Tel. 06.97841205 Fax. 06.56562840 P.IVA 09504521007



Certificato N. IT280447