



## 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)

---

Frasi S.r.l. [info@frasiformazione.it](mailto:info@frasiformazione.it)  
Sede legale: Via Bergamo, 43 [pec:frasi.srl@pec.it](mailto:pec:frasi.srl@pec.it)  
00198 Roma (RM) [www.frasiformazione.it](http://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	
Antitifica 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.**

Data \_\_\_\_\_

timbro con codice e firma del medico curante

FraSi S.r.l. [info@frasiformazione.it](mailto:info@frasiformazione.it)  
Sede legale: Via Bergamo, 43 [pec:frasi.srl@pec.it](mailto:pec:frasi.srl@pec.it)  
00198 Roma (RM) [www.frasiformazione.it](http://www.frasiformazione.it)  
Tel. 06.97841205 Fax. 06.56562840 P.IVA 09504521007



Certificato N. IT280447