

Da restituire firmato  
**SCHEDA MEDICA**

Nome.....Cognome..... Nato / a  
il.....a.....Gruppo sanguigno.....

Vaccinazioni effettuate

Antidifterica [ ] data..... antitetanica [ ] data.....  
Antitifida [ ] data..... antiviperica [ ] data.....  
..... [ ] data.....

indicare se siero o vaccino.....

Malattie esantematiche dell'infanzia:

Rosolia [ ] Varicella [ ]  
Morbilli [ ] Parotite [ ]

Altre.....

È soggetto a qualche disturbo?

Cardiaco [ ] Anemia [ ]  
Polmonare [ ] Vertigini [ ]  
Altitudine [ ] Asma [ ]  
Pressione alta [ ] bassa [ ] normale [ ]

Altro .....

Cure consigliate se insorgono tali disturbi.....

Cure in corso con relative medicine e modalità di somministrazione.....

È soggetto a qualche allergia?

Penicillina [ ]  
Farmaci [ ]

Se si, quali.....

Antibiotici [ ]

Se si, quali.....

Cibi [ ]

Se si, quali.....

Quali sono i sintomi?.....

Medicine per: -febbre..... -mal di testa/pancia.....

Eventuali notizie personali più specifiche:

Recapito del medico curante.....

Allegare fotocopia tesserino sanitario.

Firma dei genitori

.....;