

## SCHEDA MEDICA

Nome.....Cognome.....  
Nato/a il.....a..... Telefono.....

Gruppo sanguigno.....

Menarca      SI      NO

### Vaccinazioni effettuate

Antidifterica [ ] data..... antitetanica [ ] data.....

Antitifica [ ] data..... antiviperica [ ] data.....

..... [ ] data..... .....[ ] data.....

.indicare se siero o vaccino.....

### Malattie esantematiche dell'infanzia:

Rosolia [ ]                      Varicella [ ]

Morbillo [ ]                      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

.....; ..... data.....