

INVIARE LA SCHEDA SANITARIA A:
info@languagespoint.it

La seguente scheda sanitaria (anche definita modulo richieste speciali) dev'essere compilata solo in presenza di patologie gravi o allergie (anche alimentari) o trattamenti farmacologici.

La scheda dev'essere compilata dal medico curante non più tardi di 7 giorni prima della partenza e consegnarlo al minore che lo porterà con sé per tutta la durata del viaggio insieme al suo tesserino sanitario.

SCHEDA SANITARIA DEL MINORE

(Le informazioni contenute nella presente scheda, saranno trattate in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.)

REGIONE _____ ASL _____

COGNOME: _____ NOME: _____

NATA/O A: _____ IL: _____ / _____ / _____

RESIDENTE A: _____ VIA: _____

ESAME OBIETTIVO: _____

ECTOPARASSITOSI: _____

PATALOGIE IN ATTO: _____

Il/la minore non presenta sintomi o 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 al Campo Estivo.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

data compilazione _____

Da compilare a cura del genitore

1. **Malattie pregresse:** morbillo parotite pertosse rosolia varicella scarlattina altro _____

2. **Allergie:** farmaci _____ pollini _____ polveri _____
muffe _____ alimenti _____ veleno insetti _____

3. **Terapie in corso (allegare certificazione del medico curante):** _____

4. **Dieta speciale (specificare alimenti vietati):** _____

5. **Notizie utili per il medico del Campo estivo:** _____

6. **Apparecchi protesici e/o altri ausili:** _____

• **Vaccinazioni eseguite** (la compilazione può essere sostituita da certificato di vaccinazione)

DT 1° dose 2° dose 3° dose
____/____/____ / ____/____/____ / ____/____/____

Richiami ____/____/____ ____/____/____

DTP ____/____/____ / ____/____/____ / ____/____/____

Richiami ____/____/____ ____/____/____

POLIO ____/____/____ / ____/____/____ / ____/____/____

Richiami ____/____/____ ____/____/____

HBV ____/____/____ / ____/____/____ / ____/____/____

Richiami ____/____/____ ____/____/____

MPR 1° dose 2° dose 3° dose
____/____/____ / ____/____/____ / ____/____/____

Richiami ____/____/____ ____/____/____

Morbillo ____/____/____ / ____/____/____

Parotite ____/____/____ / ____/____/____

Rosolia ____/____/____ / ____/____/____

HiB ____/____/____ / ____/____/____ / ____/____/____

Altre (specificare): _____

FIRMA DEL GENITORE _____ DATA _____