

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 \_\_\_\_\_