



SCHEMA MEDICA

Dati generali:

Cognome: _____
Nato a: _____
Abitante a: _____
Tel.: _____ / _____

Nome: _____
Il _____
Via: _____ n° _____

Gruppo sanguigno: _____ RH: _____

Vaccinazioni effettuate:

Antipolio	data	_____
Antidifterica	data	_____
Antivaioiosa	data	_____
Antipertossica	data	_____
Antiepatite B	data	_____
Altre: _____	data	_____
_____	data	_____
Antitetanica:	data ultimo richiamo	_____



Malattie infettive avute in passato:

- | | |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____ |
| 2) _____ | 7) _____ |
| 3) _____ | 8) _____ |
| 4) _____ | 9) _____ |
| 5) _____ | 10) _____ |

Intolleranze a cibi particolari:

Allergie:

Difetti congeniti:

Altro:

Nome e numero di telefono del medico di famiglia:

N.B.:

- 1) allegare la fotocopia del tesserino sanitario (meglio se fotocopiato sul retro di questa scheda)
- 2) se esistono particolari medicine da somministrare nel caso di allergie o difetti congeniti scriverlo in fianco alle rispettive voci nella scheda.
- 3) se occorre somministrare al bambino/a terapia medica durante uscite o campi vi preghiamo di consegnare a noi capi le medicine necessarie e di informarci sulle modalità di somministrazione

Se siete sicuri di averci detto tutto quanto riguarda vostro figlio, firmate qui _____

Consenso al trattamento dei dati personali sensibili

Io sottoscritto _____ genitore di _____ ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003 dichiaro di essere stato informato delle finalità e modalità del trattamento dei dati consapevolmente forniti nella scheda medica e di autorizzarne la archiviazione in banca dati.

Data e firma

Note: _____
