



CITTÀ DI GARESSIO

PROVINCIA DI CUNEO

DA RESTITUIRE FIRMATO

SCHEDA SANITARIA MINORI PER ISCRIZIONE A "E..STATE INSIEME"

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Nazionalità _____

Residenza _____

Numeri telefonici da contattare in caso di urgenza _____

Medico curante _____

Libretto sanitario numero _____ ASL _____

MALATTIE PREGRESSE

MORBILLO	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO
PAROTITE	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO
PERTOSSE	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO
ROSOLIA	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO
VARICELLA	SI	NO	NON SO	VACCINATO	SI	NO

ALLERGIE

	Specificare
FARMACI	
POLLINI	
POLVERI	
MUFFE	
PUNTURE D'INSETTI	
ALTRO	

Altro _____

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso

Intolleranze alimentari _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art. 76 del DPR 445/2000)

Data _____ Firma di chi esercita la potestà parentale _____