

SCHEMA MEDICA



Dati generali:

Cognome: _____ Nome: _____
Nato a: _____ Il: _____
Abitante a: _____ Via: _____ n° _____
Tel.: _____ / _____
Gruppo sanguigno: _____ RH: _____

Vaccinazioni effettuate:

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

Malattie infettive avute in passato:

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

Intolleranze a cibi particolari:

Allergie:

Difetti congeniti:

Altro:

Nome e numero di telefono del medico di famiglia:

N.B.:

- allegare la fotocopia del tesserino sanitario (meglio se fotocopiato su questo stesso foglio)
- se esistono particolari medicine da somministrare nel caso di allergie o difetti congeniti scriverlo in fianco alle rispettive voci nella scheda

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

Date di revisioni e aggiornamenti:
