

**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) \_\_\_\_\_ 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.:**

- 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:**

---

---

---

---

---

---