SCHEDA 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 sul retro di questa scheda)

? 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:

_____

_____

_____

_____

_____

_____