



**SCHEDA MEDICA**

**Dati generali:**

Cognome: \_\_\_\_\_  
Nato a: \_\_\_\_\_  
Abitante a: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
II \_\_\_\_\_  
Via: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

**Vaccinazioni effettuate:**

Antipolio	data	_____
Antidifterica	data	_____
Antivaiolosa	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.:**

- ? allegare la fotocopia del tesserino sanitario (meglio se fotocopiato sul retro di questa scheda) e della carta di identità.
- ? 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:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_