

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI
SANITARY CARD FOR MINORS**

Cognome - Surname	Nome - First Name	
Luogo e Data di nascita - Place and Date of Birth	Nazionalità - Nationality	
Residenza, indirizzo, telefono - Domicile, complete address, phone		
Medico curante - Doctor in charge	Libretto sanitario n.	AUSL

MALATTIE PROGRESSE-PREVIOUS DISEASES

Morbillo - Measles	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No
Parotite - Mumps	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No
Pertosse - Whooping cough	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No
Rosolia - Rubella	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No
Varicella - Varicella	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No

ALLERGIE - ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture insetti - Insect Stings	

Altro - Other deseas: _____

Documentazione allegata inerente e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress: _____

Intolleranze alimentari-food intolerances: _____

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta) - As regards the minors (bar the right choice):

- Non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici - No medical help was requested in the last 5 days.
- È stato richiesto intervento medico – Si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività - Medical help was requested - The absence of infectious disease such as to contraindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification.

Data-date

Firma di chi esercita la potestà parentale
Signature of the person exercising parental authority

VACCINAZIONI – VACCINATIONS

Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo: - If not, please record the date of the last dose:

Antitetanica – Tetanus	Si – Yes	No	
Antidifterica - Diphteria	Si – Yes	No	
Antipoliomelitica - Polyomelitis	Si – Yes	No	
Antiepatite B – Viral heapatitis B	Si – Yes	No	
Antimorbillosa - Measies	Si – Yes	No	
Antitifica orale* – Oral antityphoid*	Si – Yes	No	
*Quando richiesta - *When requested			

Data – Date

Firma dell'operatore e timbro dell'AUSL
Doctor's stamp and signature

N.B. La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da:

- fotocopia del libretto di vaccinazione
- fotocopia della tessera di vaccinazione (rilasciata da Settore Profilassi dell'Azienda USL in luogo del libretto)
- certificato delle vaccinazioni (rilasciato dagli uffici dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda USL)

AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute della presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (L.675/96 e successivi provvedimenti).

IMPORTANT NOTICE

The head of the community is responsible for the privacy of personal data here included according to italian law 675/96 and subsequent rules.