



# SCHEDA MEDICA

## Dati generali

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Abitante a: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

## Vaccinazioni effettuate:

Antipolio

Antiepatite B

Antidifterica

Altre: \_\_\_\_\_

Antivaiolosa

Antitetanica: data ultimo  
richiamo \_\_\_\_\_

Antipertossica

## Malattie infettive avute in passato:

1) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

## Intolleranze alimentari / regime alimentare particolare

---

---

**Allergie:**

farmaci

polveri

punture insetti

pollini

muffe

altro

**Difetti congeniti:**

---

---

**Assunzione regolare di farmaci:**

---

---

**Altro:**

---

---

**Nome e numero di telefono del medico di famiglia:**

Dott. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Nota: in prossimità dei campi ovvero ogni qual volta se ne ravveda la necessità i genitori devono indicare al capo unità eventuali patologie in atto e terapie in corso.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

---

---