**SCHEDA SANITARIA** – **ANNO 2017**

**da compilarsi nei 5 giorni che precedono la partenza da un medico, ai sensi della circolare N.6 del 20/4/2000 del Ministero della Sanità e da consegnare all’Ente Gestore**

**COGNOME**……………………………………………….….…….…**NOME**…………………………..……

**MATRICOLA**…..………….**TURNO** …….

**Dati relativi al bambino *(da compilarsi a cura del genitore)***

Nat …...a…………………………….……..…………il …….……………………….

Domiciliat .. in ………………………………………..(prov.)…… tel: …....……………

Via/P.zza…………………………………………………………………………………….n°………………...

A.S.L. n°……...…………………………...............Codice Fiscale…..………………………………………

**Familiare che ha presentato la domanda per l’iscrizione**

Sig.……………………………………………….grado di parentela……………………………….

Telefono cellulare: ……………./…………..…………Tel. ufficio: …….……./………..………………….

***(Da compilarsi a cura del medico curante)***

Malattie pregresse…………………………………………………………………………………

Morbillo si no vaccinato si no

Varicella si no vaccinato si no

rosolia si no vaccinato si no

parotite si no vaccinato si no

pertosse si no vaccinato si no

scarlattina si no

**Allergie Alimentari** (in caso di diete speciali specificare gli alimenti vietati)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Allergie Farmacologighe** ( in caso di allergie farmacologiche specificare i farmaci alternativi a quelli in causa )

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Varie** ( pollini, graminacee, polveri muffe, veleno insetti, etc)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Patologie in atto:**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Terapie in corso:**

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

**Dieta speciale per intolleranze alimentari:**……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………..............................................................................................

**Esame obiettivo del medico curante**

*……………*………………………..………..………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Notizie per il medico del soggiorno**

E’ portatore di:

 apparecchio ortodontico  apparecchio acustico  occhiali  scarpe ortopediche, altro

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Soffre di:

 crisi acetonemiche  insonnia  sonnambulismo  enuresi notturna/diurna altro

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

In caso di crisi, quali farmaci devono essere somministrati?

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

E’ stato effettuato il primo ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?

Se no, annotare la data dell’ultimo richiamo:

……..……………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………

Antitetanica SI NO

Antidifterica SI NO

Antipolio SI NO

Antiepatite B SI NO

Antimorbillosa SI NO

Antitifica orale (facoltativa) SI NO

Il/La minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l’ammissione dello/a stesso/a in comunità. **Al fine di individuare eventuali forme di parassitosi del cuoio capelluto in forma sintomatica si richiede la valutazione del medico curante per consentire al bambino la completa fruizione della vacanza.**

Data Timbro con codice e firma del medico curante

………………………… …………………………………………………………………………………