

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

nazionalità \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

Libretto sanitario dello sportivo (indicare la data di scadenza dell'ultima visita) \_\_\_\_\_

**MALATTIE PREGRESSE – PREVIOUS DISEAS**

Morbillo/ <i>measles</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	vaccinato/ <i>vaccinated</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Parotite/ <i>mumps</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	vaccinato/ <i>vaccinated</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pertosse/ <i>whooping-cough</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	vaccinato/ <i>vaccinated</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Rosolia/ <i>rubella</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	vaccinato/ <i>vaccinated</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Varicella/ <i>varicella</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	vaccinato/ <i>vaccinated</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**ALLERGIE – ALLERGIES**

	Specificare/specify
Farmaci/ <i>drugs</i>	
Pollini/ <i>pollens</i>	
Polveri/ <i>Dust</i>	
Muffe/ <i>moulds</i>	
Punture Insetti/ <i>insect stings</i>	

 Altro/*other deseas* \_\_\_\_\_

 Documentazione allegata inerente a patologie e terapie in atto/*including papers concerning diseases and therapies in progress* \_\_\_\_\_

 Intolleranze alimentari/*food intolerance* \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma di chi esercita la patria potestà \_\_\_\_\_