



Da riconsegnare al CRAL – GTT

SCHEMA SANITARIA PER MINORI

Cognome		Nome	
Luogo e data di nascita		Nazionalità	
Indirizzo		Telefono	
Medico curante	Libretto sanit. N.		A.S.L. N.

MALATTIE CONTRATTE

Morbillo	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Parotite	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Pertosse	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Rosolia	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Varicella	Si	No	Non so	Vaccinato	Si	No
Orecchioni	Si	No	Non so			
Scarlattina	Si	No	Non so			
5^ malattia	Si	No	Non so			
Epilessia	Si	No	Non so			
Asma bronchiale	Si	No	Non so			
Tonsilliti frequenti	Si	No	Non so			
Epatite	Si	No	Non so			
Diabete	Si	No	Non so			

ALLERGIE

ALLERGIE	SPECIFICARE
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Alimenti	
Punture di insetti	
Altro	

IL RAGAZZO E' SOGGETTO A:

Incontinenza	Si	No
Funghi della pelle	Si	No
Verruche	Si	No
Eritemi	Si	No
Eczemi	Si	No
Tosse	Si	No
Mal di gola	Si	No

OPERAZIONI SUBITE

Appendice	Si	No
Ernia	Si	No
Tonsille	Si	No
Adenoidi	Si	No
Altro (specificare)		

Patologie congenite _____

Patologie in atto _____

Terapie in atto (specificare farmaci e posologie) _____

Dieta speciale (specificare alimenti consentiti e vietati) _____

Altre osservazioni di rilievo: _____

Sintesi dell'esame medico e giudizio sanitario: _____

Timbro e firma del medico A.S.L. _____