



SCHEDA SANITARIA PER MINORI

SANITARY CARD FOR MINORS

(da riconsegnare firmata all'ufficio Cral GTT)

SCHEDA SANITARIA

(Tutti i contenuti della presente scheda dovranno essere trattati nei termini del Dlgs 196/2003 art. 22 a tutela delle persone e dei dati sensibili)

ENTE <u>CRAL GTT</u> SIGLA VESTIARIO _____	TESSERA SANITARIA S.S.N. numero: _____
---	--

Cognome Del bambino/a _____ Nome _____
Nato a _____ il _____
Padre _____ Madre _____
Residente a _____
Via _____ N _____
Cellulare _____ altro Cellulare _____

NOTIZIE ANAMNESTICHE

anamnesi familiare.....

anamnesi personale.....

- morbillo varicella rosolia scarlattina pertosse
 adenopatia bronchite asma bronchiale diabete parotite
 reumatismi epilessia cardiopatia enuresi

altre.....

si propone per il soggiorno marino

può praticare attività sportive non agonistiche?.....

Ha subito iniezioni di siero

Quali _____

Quando _____

Per la / il minore , prima della partenza comunicare al Cral Gtt se è stato necessario richiedere l'intervento medico e la motivazione.

NOTIZIE PER IL MEDICO DEL SOGGIORNO

1) **Soffre di allergie**

quali

per quali

farmaci.....

altro.....

2) **E' dotato di:**

• Apparecchio ortodontico?.....

• apparecchi acustici

.....

• scarpe ortopediche.....

• occhiali.....

• altro.....

3) **Soffre di:**

• Crisi acetoneemiche.....

• insonnia.....

• sonnambulismo.....

• enuresi notturna/diurna.....

• altro?.....

in caso di crisi, quali farmaci devono essere somministrati

.....

4) **Ha intolleranza per qualche alimento**

.....

5) Se necessita di terapie particolari allegare certificato medico con esatta prescrizione dei farmaci e modalità di somministrazione.

6) Ulteriori informazioni o suggerimenti:.....

Firma genitori

PARTE DA COMPILARSI NEL CENTRO CLIMATICO

Soprattutto per i minori assistiti in ambulatorio o degenti in infermeria

ANNO _____	
SOGGIORNO _____ SQUADRA _____	
VISITA ALL'ARRIVO	
ESAME OBIETTIVO	
RILIEVI	
MALATTIE SOFFERTE IN SOGGIORNO	
DURATA	
CURA	
OSSERVAZIONI A TERMINE SOGGIORNO	