



# 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 _____	<b>TESSERA SANITARIA S.S.N.</b> <b>numero:</b> _____
-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------

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 _____	
<b>VISITA ALL'ARRIVO</b>	
ESAME OBIETTIVO	
RILIEVI	
MALATTIE SOFFERTE IN SOGGIORNO	
DURATA	
CURA	
OSSERVAZIONI A TERMINE SOGGIORNO	