

SCHEMA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

cognome-surname	nome-first name
Luogo e data di nascita – place and date of birth	nazionalità – nationality
Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone	
Medico curante – doctor in charge	libretto sanitario n. AUSL

MALATTIE PREGRESSE – PREVIOUS DISEASES

Morbillo measles	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Parotite mumps	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Pertosse whooping-cough	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Rosolia rubella	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Varicella varicella	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci drugs	
Pollini pollens	
Polveri dusts	
Muffe moulds	
Punture di insetti insect stings	

Altro-other diseases: _____

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – included papers concerning diseases and therapies in progress: _____

intolleranze alimentari – food intolerances: _____

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta) – As regards the minors (bar the right choice):

non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici

no medical help was requested in the last 5 days

è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di

malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

medical help was requested – the absence of infectious diseases such as to contraindicate the

admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

Data - date

Firma di chi esercita la potestà parentale
Signature of the person exercising parental authority

VACCINAZIONI – VACCINATIONS

E' stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?
Has a cycle of the following vaccinations against been completed?

Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo: - if not, please record the date of the last dose:

Antitetanica tetanus	Si-yes	No	
Antidifterica diphteria	Si-yes	No	
Antipoliomielitica poliomyelitis	Si-yes	No	
Antiepatite B viral haepatitis B	Si-yes	No	
Antimorbillosa measles	Si-yes	No	
Antitifica orale* oral antityphoid*	Si-yes	No	

*Quando richiesta *when requested

Data-date

Firma dell'operatore e timbro dell'AUSL
Doctor's stamp and signature

N.B. La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da:

- fotocopia del libretto di vaccinazione
- fotocopia della tessera di vaccinazione (rilasciata da Settore Profilassi dell'Azienda USL in luogo del libretto)
- certificato delle vaccinazioni (rilasciato dagli uffici dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda USL)

AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (L. 675/96 e successivi provvedimenti).

IMPORTANT NOTICE

The head of the community is responsible for the privacy of personal data here included according to italian law 675/96 and subsequent rules.