



SCHEDA 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 Masern	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
parotite mumps Mumps	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
pertosse Keuchhusten	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
rosolia rubella Röteln	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no
varicella varicella Windpocken	si = yes	no	non so = unknown	vaccinato = vaccinated	si = yes	no

ALLERGIE - ALLERGIES

	specificare = specify
farmaci drugs Mediamente	
pollini pollens Pollen	
polveri dusts Staub	
muffe moulds Schimmel	
punture di insetti insect stings Insektenstiche	

altro other diseases: _____

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

intolleranze alimentari = food intolerances: _____
Nahrungsmittelunverträglichkeit

Per la / il minore (barrare l'opzione esatta)= As regards the minor (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	Tetanus	si =yes	no	
antidifterica	diphtheria	Diphtherie	si = yes	no	
antipoliomielitica	poliomyelitis	Polio	si = yes	no	
epatite B	viral haepatitis	B	si =yes	no	
antimorbillosa	measles	Masern	si =yes	no	
antitifida *	antityphoid*	Typhus	si =yes	no	

* quando richiesta * when requested

data = date

Firma dell'operatore e timbro dell'AUSL
doctor's (stamp and) signature

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.