

**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 PROGRESSE-PREVIOUS DISEASES**

Malattia - Disease	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No
Morbillo - Measles						
Parotite - Mumps						
Pertosse - Whooping cough						
Rosolia - Rubella						
Varicella - Varicella						

**ALLERGIE - ALLERGIES**

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture insetti - Insect Stings	

Altro - Other diseases: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documentazione allegata inerente 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 disease 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

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

Antitetanica – Tetanus	Si – Yes	No	
Antidifterica - Diphtheria	Si – Yes	No	
Antipoliomelitica - Poliomelitis	Si – Yes	No	
Antiepatite B – Viral hepatitis 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 della 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.