



Matricola Iscritto: \_\_\_\_\_  
(non compilare)

## SCHEDA MEDICA

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici.: \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

### Vaccinazioni effettuate:

Antipolio data: \_\_\_\_\_ Antidifterica data \_\_\_\_\_

Antivaaiolosa data: \_\_\_\_\_ Antipertossica data \_\_\_\_\_

Antiepatite B data \_\_\_\_\_

Altre: \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Antitetanica: data ultimo richiamo \_\_\_\_\_

### Malattie infettive avute in passato:

1) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_ 10) \_\_\_\_\_

### Intolleranze a cibi particolari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allergie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Difetti congeniti:**

---

---

**Altro:**

---

---

**Nome e numero di telefono del medico di famiglia:**

---

**N.B.:**

allegare la fotocopia fronte/retro del tesserino sanitario

se esistono particolari medicine da somministrare nel caso di allergie o difetti congeniti scriverlo in fianco alle rispettive voci nella scheda.

**Firma del genitore**

---

*(firma)*

Data \_\_\_\_\_