

Scheda sanitaria di _____

Soffre/ha sofferto di:

malattia	soffre		ha sofferto	
	sì	No	sì	no
asma				
diabete				
enuresi nott.				
epatite A				
epatite B				
epatite C				
epilessia				
salmonellosi				
mal. reum.				
meningite				
morbillo				
parotite				
pertosse				
rosolia				
scarlattina				
varicella				

è
affetto/a
dalle
seguenti

patologie/malformazioni congenite:

è allergico/a ai seguenti medicinali:

è allergico/a ai seguenti alimenti/sostanze:

altro:

indicare eventuali terapie in atto (nome del farmaco e dosaggi):

N.B.: i genitori consegneranno ai responsabili il fabbisogno settimanale dei farmaci utilizzati dai figli.