

Scheda sanitaria per minori per iscrizione all'Oratorio Estivo 2025

--	--

Cognome/family name

Nome/first name

--	--

Luogo e data di nascita/place and date of birth

Nazionalità/nationality

--

Residenza: indirizzo completo e recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)
Complete address and telephone number (to be used in emergency case (it is possible to indicate more than one number, specifying the referent))

--	--	--

Medico curante/
doctor

tessera sanitaria numero
health card number

ASL
Health Service

MALATTIE PREGRESSE/PREVIOUS DISEASES

Morbillo/measles	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
parotite/mumps	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
pertosse/whooping cough	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
rosolia/rubella	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
varicella/varicella	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no

ALLERGIE/ALLERGIES

	specificare/specify
Farmaci/drugs	
Pollini/pollens	
Polveri/dust	
Muffe/moulds	
Punture d'insetti/insect picks	
Altro/other allergies (specify)	

Altro/other diseases _____

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso/included papers about diseases and therapies in progress

Intolleranze alimentari/food intolerances _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data/date

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