

Patologie croniche o ricorrenti SI NO

Se SI quali? respiratorie cardiache reumatologiche altro

(indicare cosa) _____

E' facilmente soggetto a: tonsilliti mal di testa colpi di sole dolori addominali
 sangue dal naso bronchiti altro (specificare) _____

Ha avuto malattie significative o interventi chirurgici? SI NO

Quali? e Quando? _____

Ha mai subito lesioni traumatiche quali ferite, fratture, lussazioni, distorsioni? SI NO

Quali? e Quando? _____

Quali malattie infettive ha avuto? morbillo pertosse parotite varicella scarlattina rosolia
 altro (specificare) _____

E' stato morso/punto da animali o insetti e ha presentato reazioni problematiche? SI NO

Quali? _____

Che terapia ha fatto? _____

Prende farmaci particolari all'insorgere di eventi particolari o per cure continuative? SI NO

Se si, indicare sulla scheda farmaci, indicazioni, posologia e modalità di somministrazione

Particolari regimi alimentari: motivi sanitari vegetariano vegano per osservanza religiosa
(specificare alimenti vietati e, se del caso, indicazione medica)

Apparecchi protesici e/o altri ausili (specificare indicazione medica e indicazioni per l'utilizzo)

Altre raccomandazioni che i genitori rivolgono ai capi

NOTE IMPORTANTI:

1 .Obbligo di aggiornamento: I genitori sono informati della necessità di informare tempestivamente i responsabili del/la ragazzo/a di ogni eventuale modifica dei dati dichiarati nella presente scheda medica nell'interesse del/la ragazzo/a stesso/a.

2. I genitori sono informati del fatto che, in caso di emergenza, e qualora si verifichi l'impossibilità di informare tempestivamente i genitori, i capi possono ricorrere all'intervento sanitario di propria iniziativa.

Data |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|

Firma di chi esercita la potestà genitoriale _____