



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) \_\_\_\_\_

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

Se si, indicare sulla scheda farmaci, da allegare, farmaco, 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 (inclusi i bisogni educativi speciali, se presenti)**

**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 verifici 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 \_\_\_\_\_