Allegato 1

RegioneEmilia-Romagna

# SCHEDA SANITARIA PER MINORI
## SANITARY CARD FOR MINORS

| | |
|---|---|
| cognome = surname | nome = first name |

| | |
|---|---|
| luogo e data di nascita = place and date of birth | nazionalità = nationality |

residenza-indirizzo-telefono = domicile-complete address-phone %

| | | |
|---|---|---|
| medico curante = doctor in charge | libretto sanitario n. | AUSL |

## MALATTIE PREGRESSE - PREVIOUS DISEASES

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| morbillo measles Masern | si = yes | no | non so = unknown | vaccinato = vaccinated | si = yes | no |
| parotite mumps Mumps | si = yes | no | non so = unknown | vaccinato = vaccinated | si = yes | no |
| pertosse Keuchhusten | si = yes | no | non so = unknown | vaccinato = vaccinated | si = yes | no |
| rosolia rubella Röteln | si = yes | no | non so = unknown | vaccinato = vaccinated | si = yes | no |
| varicella varicella Windpocken | si = yes | no | non so = unknown | vaccinato = vaccinated | si = yes | no |

## ALLERGIE – ALLERGIES

| | specificare = specify |
|---|---|
| farmaci drugs Mediamente | |
| pollini pollens Pollen | |
| polveri dusts Staub | |
| muffe moulds Schimmel | |
| punture di insetti insect stings Insektenstiche | |
| | |

altro other diseases:_____

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto = included papers concerning diseases and therapies in progress:_____

intolleranze alimentari = food intolerances:_____
Nahrungsmittelunverträglichkeit

Per la / il minore (barrare l'opzione esatta)= As regards the minor (bar the right choice):

☐ non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
no medical help was requested in the last 5 days

☐ è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività
medical help was requested – the absence of infectious diseases such as to contraindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

| | |
|---|---|
| data = date | firma di chi esercita la potestà parentale<br>signature of the person exercising parental authority |

## VACCINAZIONI – VACCINATIONS

E' stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?
Has a cycle of the following vaccinations against been completed?

Se no,annotare la data dell'ultimo richiamo: if not, please record the date of the last dose:

| | | | |
|---|---|---|---|
| antitetanica tetanus Tetanus | si =yes | no | |
| antidifterica diphteria Diphterie | si = yes | no | |
| antipoliomielitica poliomyelitis Polio | si = yes | no | |
| epatite B viral haepatitis B | si =yes | no | |
| antimorbillosa measles Masern | si =yes | no | |
| antitifica * antityphoid* Typhus | si =yes | no | |

* quando richiesta * when requested

data = date

Firma dell'operatore e timbro dell'AUSL
doctor's (stamp and) signature

### AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (L. 675/96 e successivi provvedimenti).

### IMPORTANT NOTICE

The head of the community is responsable for the privacy of personal data here included according to italian law 675/96 and subsequent rules.