

SCHEDA SANITARIA SOGGIORNI VACANZA HELIOSVIAGGI dimensionEsplora t.o.

COGNOME: _____

NOME: _____

Luogo e data di nascita: _____

Gruppo sanguigno: _____

Notizie Anamnestiche:

Morbillo

Varicella

Rosolia

Parotite

Pertosse

Scarlattina

Soffre di:

Cardiopatie

Diabete

Epilessia

Linfoadenopatie

Reumatismo

Epatite

Asma Bronchiale

Altre

Patologie in atto: _____

Terapie in corso: _____

_____ (specificare farmaci e posologie)

Soffre di allergie: si no

Per quali farmaci: _____

Per quali alimenti: _____

Altro: _____

È portatore di:

Apparecchio ortodontico

Apparecchi acustici

Scarpe ortopediche

Occhiali

Lenti a contatto

Altro:.....

È soggetto a:

Crisi Acetonemiche

Insonnia

Sonnambulismo

Enuresi notturna/diurna

Altro:.....

Ha effettuato le vaccinazioni previste per legge? si no

Allegare fotocopia libretto vaccinazioni e fotocopia della tessera sanitaria.

Non presenta sintomi di malattie trasmissibili. Non proviene da zone con manifestazioni epidemiche in atto. Non presenta manifestazioni da pediculosi.

Non si verifica convivenza con persone affette da malattie trasmissibili, tali da far ritenere che la convivenza stessa costituisca contro indicazione all'ammissione in collettività.

Data ___/___/_____

Firma e timbro del medico curante: