

**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: