# **SCHEDA DI SALUTE**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza / Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono per urgenze \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medico Curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MALATTIE PREGRESSE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Morbillo | Si | No | Non so |  | Vaccinato | Si | No |
| Parotite | Si | No | Non so |  | Vaccinato | Si | No |
| Pertosse | Si | No | Non so |  | Vaccinato | Si | No |
| Rosolia | Si | No | Non so |  | Vaccinato | Si | No |
| Varicella | Si | No | Non so |  | Vaccinato | Si | No |

**ALLERGIE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Specificare |
| Farmaci |  |
| Pollini |  |
| Polver |  |
| Muffe |  |
| Punture d’insetti |  |
| Intolleranze alimentari |  |
| Altro |  |

**COVID19**

* Il minore non è sottoposto a quarantena
* Il minore non infezioni respiratorie accompagnata da febbre superiore a 37.5°C
* Il minore non ha sintomi riconducibili al COVID - 19
* All’interno del Nucleo Familiare nessuno è sottoposto in quarantena
* All’interno del Nucleo Familiare nessuno ha infezioni respiratorie con febbre superiore a 37.5°C
* All’interno del Nucleo Familiare nessuno ha sintomi riconducibili al COVID - 19

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data/date Firma di chi esercita la potestà parentale

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_