



**Allegato 3**  
**SCHEDA SANITARIA PER MINORI**  
**SANITARY CARD FOR MINORS**

|                                                                   |                           |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|                                                                   |                           |
| Cognome - surname                                                 | Nome - first name         |
|                                                                   |                           |
| Luogo e data di nascita - place and date to birth                 | Nazionalità - nationality |
|                                                                   |                           |
| Residenza, indirizzo, telefono - domicile complete address, phone |                           |
|                                                                   |                           |
| Medico curante - doctor in charge                                 |                           |
|                                                                   |                           |
| Libretto sanitario n.                                             | ASUR                      |

**MALATTIE PREGRESSE - PREVIOUS DISEASES**

|                         |          |    |                 |                        |          |    |
|-------------------------|----------|----|-----------------|------------------------|----------|----|
| Morbillo measles        | si - yes | no | non so - unknow | vaccinato - vaccinated | si - yes | no |
| Parotite mumps          | si - yes | no | non so - unknow | vaccinato - vaccinated | si - yes | no |
| Pertosse whooping-cough | si - yes | no | non so - unknow | vaccinato - vaccinated | si - yes | no |
| Rosolia rubella         | si - yes | no | non so - unknow | vaccinato - vaccinated | si - yes | no |
| Varicella varicella     | si - yes | no | non so - unknow | vaccinato - vaccinated | si - yes | no |

**ALLERGIE - ALLERGIES**

|                                  | Specificare - specify |
|----------------------------------|-----------------------|
| farmaci drugs                    |                       |
| pollini pollens                  |                       |
| polveri dusts                    |                       |
| muffe moulds                     |                       |
| punture di insetti insect stings |                       |

altro other diseases: \_\_\_\_\_

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto - included papers concerning diseases and terapie in progress: \_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari - food intolerance: \_\_\_\_\_

Per il/la 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 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 disease such a sto controindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclose medical certification

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma di chi esercita la potestà genitoriale

Signature of the person exercising parental authority \_\_\_\_\_