

**SCHEDA SANITARIA DI AUTOCERTIFICAZIONE A CURA DELLA FAMIGLIA DEI MINORI
PARTECIPANTI ALLE ATTIVITA' ESTIVE****DATI MINORE/I**

| | |
|---------|--|
| NOME | |
| COGNOME | |

MALATTIE PREGRESSE

| | Fatto | Non fatto | Non si sa | Vaccinato | Non vaccinato |
|----------|-------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| MORBILLO | | | | | |
| PAROTITE | | | | | |
| PERTOSSE | | | | | |
| ROSOLIA | | | | | |

ALLERGIE

| | |
|-----------------------|--|
| FARMACI | |
| POLLINI | |
| POLVERI | |
| MUFFE | |
| PUNTURE DI INSETTI | |
| ALTRO | |

| | |
|------------------------------------|--|
| INTOLLERANZE ALIMENTARI | |
| DIETE SPECIFICHE | |

Il/la sottoscritto/a dichiara che il minore

- non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- è stato richiesto intervento medico- si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili o tali da controindicare l'ammissione in collettività

Altre note

Data _____ Firma _____

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 (D. lgs 196/03 e successivi provvedimenti).