

**Scheda sanitaria per minori per iscrizione all'Oratorio Estivo 2024**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cognome/family name	Nome/first name

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo e data di nascita/place and date of birth	Nazionalità/nationality

Residenza: indirizzo completo e recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)  
Complete address and telephone number (to be used in emergency case (it is possible to indicate more than one number, specifying the referent))

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medico curante/ doctor	tessera sanitaria numero health card number	ASL Health Service

**MALATTIE PREGRESSE/PREVIOUS DISEASES**

Morbillo/measles	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
parotite/mumps	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
pertosse/whoopi ng cough	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
rosolia/rubella	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
varicella/varicella	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no

**ALLERGIE/ALLERGIES**

	specificare/specify
Farmaci/drugs	
Pollini/pollens	
Polveri/dust	
Muffe/moulds	
Punture d'insetti/insect picks	
Altro/other allergies (specify)	

Altro/other diseases \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso/included papers about diseases and therapies in progress  
\_\_\_\_\_

Intolleranze alimentari/food intolerances \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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