

CERTIFICAZIONE BAMBINO/A

Ai sensi della circolare Ministero Sanità n. 6 del 24/04/2000

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Prov. _____

In via _____ N. _____ CAP _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

N. Scheda Sanitaria _____

Certifico che e' di sana e robusta costituzione fisica, ed e' indenne da malattie contagiose e/o infettive e da pediculosi.

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo Parotite Rosolia Varicella Scarlattina

Altro _____

ALLERGIE (specificare il tipo)

Farmaci _____ Pollini _____

Alimenti _____ Polveri _____

Veleni insetti _____ Muffe _____

Altro _____

TRATTAMENTI IN CORSO

Patologie in atto _____

Terapie in corso _____

Ectoparassitosi _____

Note (diete speciali ecc.) _____

Inoltre dichiaro che il paziente e' in regola con le vaccinazioni previste dal vigente calendario e quindi e' idoneo ad essere ammesso in comunita'.

Data compilazione (entro 5 giorni antecedenti la partenza) _____ Medico Compilatore _____ Timbro e firma _____

_____ Li' _____

Riservato al responsabile sanitario del soggiorno vacanze



RAPPORTO SANITARIO

Periodo di soggiorno dal _____ al _____

Voglio stare in stanza con: _____

Il Direttore

_____ Li' _____