

# SCHEDA PERSONALE

- da compilare in stampatello a cura dei genitori -

**CAMPO 5ª elementare 1ª e 2ª media**  
BASELGA DEL BONDONE, 6/13 LUGLIO 2019

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

via o piazza o vicolo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

figlio/a di \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e di \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare mamma \_\_\_\_\_ cellulare papà \_\_\_\_\_

mail dei genitori \_\_\_\_\_

TESSERA  valida per il 2019 V T | | | | | | | | R circolo \_\_\_\_\_

TESSERA SANITARIA N° \_\_\_\_\_

GRUPPO SANGUIGNO \_\_\_\_\_ fattore RH \_\_\_\_\_

MALATTIE PREGRESSE	Morbillo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
	Parotite	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
	Pertosse	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
	Rosolia	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
	Varicella	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

**VACCINAZIONI** È stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?

*Allegare fotocopia completa del libretto delle vaccinazioni.*

Antitetanica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
Antidifterica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
Antipoliomielitica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
Antiepatite B	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
Antimorbillosa	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
Antitifida orale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO

ALTRE VACCINAZIONI \_\_\_\_\_

In caso di **OBIEZIONE VACCINALE**, i genitori del minore devono presentare dichiarazione scritta con la quale sollevano la Parrocchia di Abbazia e la Parrocchia di Borghetto da qualsiasi responsabilità.

**ALLERGIE**

Pollini  Sì  NO

Polveri  Sì  NO

Muffe  Sì  NO

Punture  Sì  NO

**ALLERGIE A MEDICINALI**

**ALLERGIE**

**ALLERGIE ALIMENTARI**

Certificate e non presunte.

**MALATTIE PARTICOLARI**

**MEDICINALI PRESCRITTI**

Precisare il nome del medicinale,  
la dose, gli orari e le indicazioni

**ALTRE NOTIZIE UTILI**

In fede,

luogo

data

x

firma del padre/tutore legale

x

firma della madre/tutrice legale