



TESSERA SANITARIA

COGNOME NOME D.Nascita

Vaccinations (à remplir à partir du carnet de santé)

Antipoliomyélique, Antidiftérique, Antitétanique, Anticoquelucheuse
Se si tratta di DT polio, di Dtoq, di Tétracoq, dose polio)

Date vaccino Date Richiami

Date vaccino Date Richiami

Antituberculeuse (B.C.G)

Date vaccino :

Date vaccino :

Altri vaccini :

Date vaccino :

Date vaccino :

Se il bambino non è stato vaccinato , perché?

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Varicella	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Pertosse	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Orecchioni	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Roselia	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Morbillo	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	scarlattina	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Angine	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rumatismo	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Otite	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Asma	SI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

MALATTIE, INCIDENTE, PROBLEMI (date)

Malattie :

Incidente :

Problemi attuali.....

Gruppo sanguigno :

Allergie (alimentari, farmacologiche, varie).....

Terapia in corso.....

ATTESTATO MEDICO

(*sollamente tre mesi prima dello stage*)

Io sottoscritto dottore:..... di avere esaminato

Il Sign e lo dichiaro idoneo alla pratica :

Rugby

Nuoto (piscina) - Golf

(**Barate le attività contro indicate.)**

Contro indicazioni :

Il minore non presenta presenti sintomi riferibili a malattie trasmissibili in atto, proviene da nucleo famiglia , indenne.

Data :

Timbro e firma :



