

## Scheda Medica

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Ha avuto malattie esantematiche (Morillo, Parotite, Rosolia, Scarlattina, Varicella, Pertosse, Mononucleosi, Quinta Malattia, Sesta Malattia)? Altre malattie infettive?

Se si specificare quale, in quale anno ed eventuali conseguenze:

---

---

---

---

---

---

Traumi o interventi chirurgici recenti?

---

---

---

Difetti congeniti?

---

---

---

Malattie croniche?

---

---

---

Sviluppo psicofisico regolare? Se no specificare l'alterazione o la patologia (allegare diagnosi).

---

---

---

La bambina ha già avuto la prima mestruazione? Se no come è preparata a riguardo?

---

---

---

Il bambino/a presenta delle allergie (se sì, allegare certificazione)?

A medicine \_\_\_\_\_

Ad altro \_\_\_\_\_

A cibi \_\_\_\_\_

Ha avuto manifestazioni allergiche in passato? Come si sono risolte?

---

Indicare le accortezze e la terapia da somministrare nel caso di crisi allergica:

---

---

---

---

---

Il bambino/a presenta delle intolleranze alimentari?

Se sì, specificare a quale componente e i cibi dove l'elemento è presente (allegare certificazione):

---

---

---

---

---

Indicare le accortezze e la terapia da somministrare nel caso di crisi allergica:

---

---

---

---

---

Compilare la seguente tabella con le indicazioni riguardanti lievi disturbi di cui il bambino potrebbe soffrire durante le attività.

Disturbi lievi (mal di pancia, raffreddore, febbre, mal d'auto, mal di testa, ...)	Cosa fare, quale farmaco o altro somministrare ...

Allegare fotocopia Vaccinazioni

Allegare fotocopia tessera sanitaria

Roma li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con il presente documento i Genitori si impegnano inoltre a comunicare alla Staff qualsiasi malattia infettiva e non, contratta o scoperta durante l'anno 2018-2019.

Roma li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_