

AUTOCERTIFICAZIONE SANITARIA

...l... sottoscritt... _____ genitore di _____
dichiara, sotto la propria responsabilità, che ...l... figli... non presenta sintomi di malattie o infezioni trasmissibili tali da escludere la possibilità di vita comunitaria.

1. ALLERGIE NOTE (Es. Ai farmaci; alle graminacee; a sostanze specifiche; ...)

2. MALATTIE INFETTIVE GIÀ PASSATE

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MOBILLO | <input type="checkbox"/> PERTOSSE |
| <input type="checkbox"/> VARICELLA | <input type="checkbox"/> PAROTITE |
| <input type="checkbox"/> ROSOLIA | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

3. VACCINAZIONI ESEGUITE

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANTIPOLIO | <input type="checkbox"/> ANTIDIFTERICA | <input type="checkbox"/> ANTITETANICA |
| <input type="checkbox"/> ANTI EPATITE | <input type="checkbox"/> ANTI ROSOLIA | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> ANTI MORBILLO | <input type="checkbox"/> ANTI PERTOSSE | |

4. PATOLOGIA/E PRESENTE/I (Es.: diabete; epilessia; asma bronchiale; ...)

4.a CURE IN CORSO PER LA PATOLOGIA/E

NOME DEL FARMACO _____

DOSE GIORNALIERA _____

ORARI DI ASSUNZIONE _____

5. DISTURBI RICORRENTI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CEFALEA | <input type="checkbox"/> ERUZIONI CUTANEE |
| <input type="checkbox"/> DISTURBI GASTRO-INTESTINALI | <input type="checkbox"/> DOLORI MESTRUALI |
| <input type="checkbox"/> ENURESIS | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

5.a EVENTUALI TERAPIE AL BISOGNO

NOME DEL FARMACO _____

DOSE _____

NUMERO DEL TESSERINO SANITARIO: _____

NOME E NUMERO DI TELEFONO DEL MEDICO CURANTE: _____

NOTE: _____

DATA _____

FIRMA
