

**Da far compilare al proprio medico curante**

**Dati generali.**

Nome e Cognome: .....

Nato a: ..... Il:.....

Abitante a: ..... Via:..... n°.....

Tel.: ...../.....

Medico Curante: ..... Libretto Sanitario n:.....

**Malattie infettive avute in passato:**

<b>Morbillo</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Non so <input type="checkbox"/>	<b>vaccinato</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Parotite</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Non so <input type="checkbox"/>	<b>vaccinato</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Pertosse</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Non so <input type="checkbox"/>	<b>vaccinato</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Rosolia</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Non so <input type="checkbox"/>	<b>vaccinato</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Varicella</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Non so <input type="checkbox"/>	<b>vaccinato</b>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Allergie:**

.....  
.....

**Intolleranza a cibi particolari:**

.....  
.....

**Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto:**

.....  
.....

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

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