



## SCHEDA SANITARIA

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE  
AD USO DEL MEDICO CONVENZIONATO CON IL CONVITTO

**ALLIEVO/ALLIEVA:** \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE:** \_\_\_\_\_

**MALATTIE PREGRESSE** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**STATO DI SALUTE ATTUALE  
E CURE IN CORSO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TERAPIE PRATICATE (continuative o al bisogno):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NECESSITA' DI ASSUNZIONE DI FARMACI:**

- in autosomministrazione \_\_\_\_\_
- coadiuvato/sotto il controllo dell'educatore \_\_\_\_\_

**ALLERGIE E INTOLLERANZE\*** \_\_\_\_\_

(Alimentari, farmacologiche, altri tipi): \_\_\_\_\_

\* allegare certificato se necessita di dieta particolare

**VACCINAZIONI OBBLIGATORIE**

SI                       NO

**PRATICA ATTIVITA' SPORTIVA (quale e quante volte a settimana):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Timbro e firma del medico curante*