

## SCHEDA SANITARIA INTEGRATIVA MINORE: \_\_\_\_\_

	TIPO	DATA	Note
VACCINAZIONI EFFETTUATE			
VACCINAZIONI DA EFFETTUARE			
LIBRETTO VACCINAZIONI	SI	NO	

	TIPO	FREQUENZA	Educatore di riferimento
SOMMINISTRAZIONE DI CURE/FARMACI DURANTE IL PERIODO DI ACCOGLIENZA			

	TIPO DI VISITA	DATE	MEDICO CURANTE
VISITE SPECIALISTICHE	1. 2. 3.		
MEDICO DI BASE	NOMINATIVO:  CELL:		

	MALATTIA:	DATA/PERIODO DI DEGENZA:	OSPEDALE:
RICOVERO IN STRUTTURE OSPEDALIERE			
CURE POST-DEGENZA E CONVALESCENZA			

KIT DEL MINORE: \_\_\_\_\_

	SI/NO	DATE di CONSEGNA	Note
<b>CAMBI COMPLETI DI BIANCHERIA INTIMA (MIN. 5)</b>		1. 2. 3. 4. 5.	
<b>CAMBI COMPLETI DI ABBIGLIAMENTO (MIN. 3)</b>		1. 2. 3. 4. 5.	
<b>2 CAMBI DI BIANCHERIA PIANA PER IL LETTO (FEDERA, LENZUOLA, COPERTE)</b>		1. 2. 3. 4. 5.	
<b>PRODOTTI INDIVIDUALI PER L'IGIENE PERSONALE (SPAZZOLINO, LAMETTE, ASSORBENTI, ASCIUGAMANI VISO-OSPITE E ACCAPPATOIO)</b>		1. 2. 3.	
<b>EVENTUALI INTOLLERANZE ED ALLERGIE PRODOTTI COMUNI PER L'IGIENE (BAGNO SCHIUMA, SHAMPOO)</b>		1. 2. 3.	

## ATTIVITA' SCOLASTICHE ED EXTRASCOLASTICHE DEL MINORE \_\_\_\_\_

<b>ISTITUTO DI FREQUENZA SCOLASTICA</b>	<b>CONTATTI (PROFESSORE, DIRIGENTE)</b>	<b>CLASSE</b>	<b>LIBRI DI TESTO IN USO (SE LI POSSIEDE TUTTI, DOVE SONO, ECC)</b>	<b>CORREDO SCOLASTICO (ASTUCCIO, PENNE, ECC): SI NO, DATE DI CONSEGNA</b>

	<b>CONTATTO STRUTTURA SPORTIVA</b>	<b>GIORNI SETTIMANALI</b>	<b>ORARI</b>	<b>NOTE</b>
Sport:				

	<b>GIORNI</b>	<b>ORARI</b>	<b>NOTE</b>
Altra attività:			

Data aggiornamento, .....