

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
CAMBI COMPLETI DI BIANCHERIA INTIMA (MIN. 5)		1. 2. 3. 4. 5.	
CAMBI COMPLETI DI ABBIGLIAMENTO (MIN. 3)		1. 2. 3. 4. 5.	
2 CAMBI DI BIANCHERIA PIANA PER IL LETTO (FEDERA, LENZUOLA, COPERTE)		1. 2. 3. 4. 5.	
PRODOTTI INDIVIDUALI PER L'IGIENE PERSONALE (SPAZZOLINO, LAMETTE, ASSORBENTI, ASCIUGAMANI VISO-OSPITE E ACCAPPATOIO)		1. 2. 3.	
EVENTUALI INTOLLERANZE ED ALLERGIE PRODOTTI COMUNI PER L'IGIENE (BAGNO SCHIUMA, SHAMPOO)		1. 2. 3.	

ATTIVITA' SCOLASTICHE ED EXTRASCOLASTICHE DEL MINORE _____

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

	CONTATTO STRUTTURA SPORTIVA	GIORNI SETTIMANALI	ORARI	NOTE
Sport:				

	GIORNI	ORARI	NOTE
Altra attività:			

Data aggiornamento,