



# SCHEDA SANITARIA PER MINORI

SANITARY CARD FOR MINORS

**(da riconsegnare firmata all'ufficio Cral GTT )**

## SCHEDA SANITARIA

(Tutti i contenuti della presente scheda dovranno essere trattati nei termini del Dlgs 196/2003 art. 22 a tutela delle persone e dei dati sensibili)

|   |  |
|---|--|
| ENTE <u>CRAL GTT</u><br>SIGLA VESTIARIO _____ | <b>TESSERA SANITARIA S.S.N.</b><br><b>numero:</b><br>_____ |
|---|--|

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| Cognome<br>del bambino/a _____ | Nome _____ |
| nato a _____                   | il _____   |
| Padre _____                    |            |
| Madre _____                    |            |
| Residente a _____              |            |
| Via _____                      | N _____    |
| Cellulare _____                |            |
| altro<br>Cellulare _____       |            |

## NOTIZIE ANAMNESTICHE

anamnesi familiare.....

anamnesi personale.....

- morbillo     varicella     rosolia     scarlattina     pertosse  
 adenopatia     bronchite     asma bronchiale     diabete     parotite  
 reumatismi     epilessia     cardiopatia     enuresi

altre.....

## si propone per il soggiorno montano

può praticare attività sportive non agonistiche?.....

Ha subito iniezioni di siero

Quali \_\_\_\_\_

Quando \_\_\_\_\_

**Per la / il minore , prima della partenza comunicare al Cral Gtt se è stato necessario richiedere l'intervento medico e la motivazione.**

### NOTIZIE PER IL MEDICO DEL SOGGIORNO

1) **Soffre di allergie** .....  
quali .....

per quali farmaci.....

altro.....

2) **E' dotato di:**

- Apparecchio ortodontico?.....
- Apparecchi acustici.....
- scarpe ortopediche.....
- occhiali.....
- altro.....

3) **Soffre di:**

- Crisi acetoneemiche.....
- insonnia.....
- sonnambulismo.....
- enuresi notturna/diurna.....
- altro?.....

in caso di crisi, quali farmaci devono essere somministrati

.....

4) **Ha intolleranza per qualche alimento**

.....

5) Se necessita di terapie particolari allegare certificato medico con esatta prescrizione dei farmaci e modalità di somministrazione.

6) Ulteriori informazioni o suggerimenti:.....

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_

## PARTE DA COMPILARSI NEL CENTRO CLIMATICO

Soprattutto per i minori assistiti in ambulatorio o degenti in infermeria

|  |  |
|--|--|
| ANNO _____                             |  |
| SOGGIORNO _____ SQUADRA _____          |  |
| VISITA ALL'ARRIVO                      |  |
| ESAME OBIETTIVO                        |  |
| RILIEVI                                |  |
| MALATTIE SOFFERTE<br>IN SOGGIORNO      |  |
| DURATA                                 |  |
| CURA                                   |  |
| OSSERVAZIONI A<br>TERMINE<br>SOGGIORNO |  |