

**SCHEDA MEDICA**  
Anno scolastico 2017/2018



Data odierna.....

COGNOME..... NOME.....  
 NATO/A.....IL.....  
 INDIRIZZO RESIDENZA: VIA.....CITTA'.....PROVINCIA.....  
 RECAPITI TELEFONICI DI ENTRAMBI I GENITORI (preferibilmente numero cellulare):  
 - Padre:..... - Madre:.....  
 GRUPPO SANGUIGNO (studente).....

EVENTI PREGRESSI DELLO STUDENTE (barrare con una "X")			
PATOLOGIE PREGRESSE	MALATTIE INFETTIVE	TRAUMI FISICI	INTERVENTI CHIRURGICI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI, quali?	<input type="checkbox"/> SI, quali?	<input type="checkbox"/> SI, quali?	<input type="checkbox"/> SI, quali?

- Attualmente è affetto da qualche patologia?  NO  
 SI, quale/i?.....

- Secondo parere medico, in relazione alla diagnosi principale, ha bisogno di assumere terapia durante la giornata?  NO

SI, quale/i?.....

Eventuale terapia antalgica.....

Eventuale terapia antipiretica.....

**In relazione agli allergeni noti sia alla ragazza che ai genitori si prega di dichiarare quali attuali forme di intolleranze o allergie presenta?**

(a tutela del medesimo si prega di prescrivere in forma chiara e leggibile)

DICHIARAZIONE DI QUALE FORMA DI INTOLLERANZA O ALLERGIE LO STUDENTE PRESENTA			
TIPOLOGIA DI ALLERGENE	barrare con una : "X"		QUALI? (descrizione dettagliata) Allegare certificazione medica con trattamento terapeutico specifico
• FARMACI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
• TERAPIA FARMACOLOGICA PER TRATTAMENTO TOPICO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

• **AMBIENTE**                     NO       SI

(ex: acari, alberi,  
graminacee, spore,  
muffe, parassiti,  
funghi, proteine  
animali, erbe, ect...)

---

• **PUNTURE INSETTO**             NO       SI

---

• **PORTATORE DI LENTI A CONTTATO**                     NO.       SI

• **ALTRO.....**

FIRMA E TIMBRO  
DEL MEDICO CURANTE

FIRMA DEI DUE GENITORI

Dott.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allegare alla scheda la seguente documentazione medica:

1. Segni e sintomi inerente alla dichiarazione di intolleranza o allergia ad un portatore d'allergene.
2. Dichiarare solo se si è a conoscenza l'eventualità di insorgenza dei casi di emergenza come "Shock anafilattico".
3. Tessera sanitaria.
4. Scheda vaccinazioni.
5. Scheda sanitaria (idoneità alla vita collettiva).
6. Certificato di sana e robusta costituzione.
7. Rinviare tutti i documenti: o per email o via fax.

I dati sopraindicati verranno trattati ai sensi del D.lgs 196/2003 solo ai fini istituzionali scolastici.

Tel: 0522/517234

Fax: 0522/ 516486

E-mail: [info@nuovoballettoclassico.it](mailto:info@nuovoballettoclassico.it)

