

Vaccinazioni eseguite

DT ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

Richiami ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

DTP ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

Richiami ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

Polio ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

Richiami ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

Antiepatite B ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

MPR ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

Morbillo ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

Parotite ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

Rosolia ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

Haemophilus b. ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

altre ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___

(specificare) ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___



Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge 675/96 sulla Tutela della Privacy

Allegato A (modificato)
alla Circolare Ministero Sanità
N°..... del ___/___/___

**SCHEDA SANITARIA
PER MINORI
OSPITI
DI SOGGIORNI
DI VACANZA**

Medico Compilatore

Qualifica:

- Medico di Medicina Generale
- Pediatra di libera scelta
- Medico ASL di residenza
- Medico Scolastico

Codice sanitario Reg.

Data di compilazione ___/___/___

Timbro e Firma leggibile

La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione

SITUAZIONE VACCINALE

- In ordine
- Non in ordine

