PARROCCHIA di SAN GIOVANNI BOSCO
piazza Antonio Mantiero, 1 - Borghetto
35018 SAN MARTINO DI LUPARI (PD)

PARROCCHIA di SANT'EUFEMIA vergine e martire
via Martiri della Libertà, 62 - Abbazia Pisani
35010 VILLA DEL CONTE (PD)

SCHEDA PERSONALE

- da compilare in stampatello a cura dei genitori -

CAMPO GIOVANISSIMI • SESTRI LEVANTE, 4/9 AGOSTO 2019

cognome ..... nome .....

nato/a il ..... a .....

via o piazza o vicolo ..... n° ..... int. .....

C.A.P. ..... località ..... provincia .....

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

figlio/a di ..... e di .....

☏ casa ..... ☏ mamma ..... ☏ papà .....

mail dei genitori .....

TESSERA NOI valida per il 2019 V T | | | | | | | | | R circolo .....

È ALLA PRIMA ESPERIENZA DI CAMPOSCUOLA? ☐ SÌ ☐ NO

SE NO, QUALI ALTRE ESPERIENZE HA FATTO DI QUESTO TIPO? .....

PRATICA REGOLARMENTE UNO SPORT? ☐ SÌ ☐ NO **SE SÌ, QUALE?** .....

TESSERA SANITARIA N° .....

GRUPPO SANGUIGNO ..... fattore RH .....

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO	Vaccinato	☐ SÌ	☐ NO
Parotite	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO	Vaccinato	☐ SÌ	☐ NO
Pertosse	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO	Vaccinato	☐ SÌ	☐ NO
Rosolia	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO	Vaccinato	☐ SÌ	☐ NO
Varicella	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO	Vaccinato	☐ SÌ	☐ NO

VACCINAZIONI
Allegare fotocopia completa del libretto delle vaccinazioni.

È stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?

Antitetanica	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO
Antidifterica	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO
Antipoliomielitica	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO
Antiepatite B	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO
Antimorbillosa	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO
Antitifica orale	☐ SÌ	☐ NO	☐ NON SO

ALTRE VACCINAZIONI .....

.....

In caso di **OBIEZIONE VACCINALE**, i genitori o tutori del minore devono presentare dichiarazione scritta con la quale sollevano la Parrocchia di Abbazia e la Parrocchia di Borghetto da qualsiasi responsabilità.

ALLERGIE
Certificate e non presunte.

Pollini	☐ SÌ	☐ NO	.....
Polveri	☐ SÌ	☐ NO	.....
Muffe	☐ SÌ	☐ NO	.....
Punture	☐ SÌ	☐ NO	.....

ALLERGIE A MEDICINALI .....

.....

.....

ALLERGIE .....

.....

ALLERGIE ALIMENTARI .....
Certificate e non presunte.

.....

.....

MALATTIE PARTICOLARI .....

.....

MEDICINALI ABITUALI PRESCRITTI .....
Precisare il nome del medicinale,
la dose, gli orari e le indicazioni .....

.....

ALTRE NOTIZIE UTILI

.....

.....

.....

In fede, dichiaro che le informazioni contenute in questo foglio sono veritiere.

....
luogo data

× .....
firma del padre/tutore legale

× .....
firma della madre/tutrice legale