



**REGIONE  
PIEMONTE**



**PIEMONTE**  
valori comuni  
Una regione, tante storie

Allegato B

Scheda sanitaria per minori per iscrizione/Sanitary card for registration of the minors

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Cognome/family name

Nome/first name

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Luogo e data di nascita/place and date of birth

Nazionalità/nationality

|  |
|--|
|  |
|--|

Residenza: indirizzo completo e recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)  
Complete address and telephone number (to be used in emergency case (it is possible to indicate more than one number, specifying the referent)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Medico curante/  
doctor

libretto sanitario numero  
health card number

ASL  
Health Service

**MALATTIE PREGRESSE/PREVIOUS DISEASES**

|                             | si/yes | No | Non so/unkonwn | vaccinato/vaccinated | si/yes | no |
|-----------------------------|--------|----|----------------|----------------------|--------|----|
| Morbillo/measles            |        |    |                |                      |        |    |
| parotite/mumps              |        |    |                |                      |        |    |
| pertosse/<br>whooping cough |        |    |                |                      |        |    |
| rosolia/rubella             |        |    |                |                      |        |    |
| varicella/varicella         |        |    |                |                      |        |    |

**ALLERGIE/ALLERGIES**

|                                 | specificare/specify |
|---------------------------------|---------------------|
| Farmaci/drugs                   |                     |
| Pollini/pollens                 |                     |
| Polveri/dust                    |                     |
| Muffe/moulds                    |                     |
| Punture d'insetti/insect picks  |                     |
| Altro/other allergies (specify) |                     |

Altro/other diseases \_\_\_\_\_

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso/included papers about diseases and therapies in progress

Intolleranze alimentari/food intolerances \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data/date

\_\_\_\_\_

Firma di chi esercita la potestà parentale  
Signature of the person exercising parental authority

\_\_\_\_\_