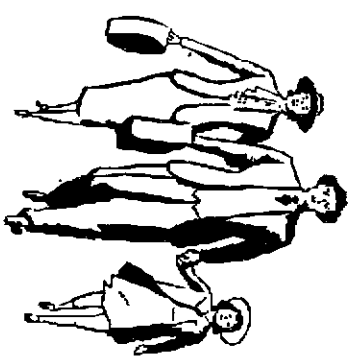


Vaccinazioni eseguite

	I dose	II dose	III dose
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	___/___/___
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	___/___/___
polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	___/___/___
antiepatite B	___/___/___	___/___/___	___/___/___
MPR	___/___/___	___/___/___	___/___/___
morbillo	___/___/___	___/___/___	___/___/___
parotite	___/___/___	___/___/___	___/___/___
rosolia	___/___/___	___/___/___	___/___/___
haemophilus b	___/___/___	___/___/___	___/___/___
altre (specificare)	___/___/___	___/___/___	___/___/___

La compilazione della parte riferita alle vaccinazioni te può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione



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

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

Medico compilatore _____

Qualifica:

- Medico di medicina generale
 - Pediatra di libera scelta
 - Medico USL di residenza
- Codice sanitario reg. _____

DATA DI COMPILAZIONE ___/___/___

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

