



Città di Bresso

Croce Rossa Italiana
Comitato di Bresso - ODV
Area 1: Prevenzione



Croce Rossa Italiana

“Salute nella Scuola”
RACCOLTA DATI GENERALI ED ANAGRAFICI
(Compilare solo qualora si intenda aderire al Progetto)

Plesso di via _____

Anno scolastico _____ / _____ Classe _____ Compilata il _____

Medico/Pediatra di famiglia: Cognome _____ Nome _____

ALUNNO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ (_____) prov.

Codice Fiscale _____ Sesso M F

Residente a _____ (_____) CAP

Via _____ n. _____

Recapito Genitori: Tel. _____ Cell. _____

eMail _____

DATI ANAMNESTICI

ANAMNESI PERSONALE del MINORE

Vaccinazioni effettuate _____

Malattie infettive contratte: Bocca Mani Piedi Morbillo Parotite Pertosse

Rosolia Varicella Scarlattina V Malattia VI Malattia Altro

(specificare se altro) _____

Eventuali interventi chirurgici _____

Allergie conclamate a _____

Problemi particolari _____

Fratelli/Sorelle SI NO Se SI quanti? _____

Ai sensi dell'art.316 c.c. la responsabilità genitoriale spetta ad entrambi i genitori congiuntamente e, dunque, entrambi devono essere coinvolti ed a conoscenza del Progetto. Pertanto se è presente la firma di un solo genitore, lo stesso dichiara di essere consapevole delle norme in materia di responsabilità genitoriale del minore.

Firma (madre) del minore

Firma (padre) del minore

Firma (tutore) del minore
