



# AGRITURISMO

## Fattoria della Felicità

SCHEDA SANITARIA (da far firmare al medico)

DATI DELL'OSPITE	
COGNOME _____	FOTO RECENTE
NOME _____	
INDIRIZZO _____	ALLEGARE FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA
CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____	
NATO/A A _____ IL _____ TELEFONI E NOMI DI REPERIBILITA' _____	
<b>MALATTIE AVUTE</b> <input type="checkbox"/> Morbillo <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Rosolia <input type="checkbox"/> Pertosse <input type="checkbox"/> Scarlattina <input type="checkbox"/> Parotite	
<b>ALLERGIE NOTE</b> <input type="checkbox"/> Pollini <input type="checkbox"/> Alimenti (specificare) <input type="checkbox"/> Punture insetti <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
<b>Porta:</b> <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> lenti a contatto <input type="checkbox"/> apparecchio odontoiatrico <input type="checkbox"/> altro (specificare)	
Ha effettuato la vaccinazione antitetanica con regolari richiami? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Attualmente soffre di qualche malattia o disturbo? <input type="checkbox"/> SI (specificare) <input type="checkbox"/> NO	
Terapie in corso da continuare durante il soggiorno? <input type="checkbox"/> SI (specificare) <input type="checkbox"/> NO	
Il soggetto non presenta sintomi di malattie trasmissibili e non proviene da zone con epidemie in atto. Risulta fisicamente idoneo a vivere in comunità e <input type="checkbox"/> a svolgere attività sportiva <input type="checkbox"/> non risulta fisicamente idoneo a svolgere attività sportiva	
Timbro e firma del medico _____	
DATA _____	