

SCHEDA SANITARIA / *MEDICAL FORM*

Compilare in modo chiaro e leggibile a cura del medico curante e inviare prima dell'arrivo assieme alla fotocopia delle vaccinazioni.

This form is to be filled in clearly by the student's current medical practitioner and must be sent/faxed before arrival along with a photocopy of all vaccinations records.

Cognome / Surname..... **Nome / Name**.....

Data di nascita / Date of birth

Telefono / Emergency telephone

Anamnesi personale / Personal medical history

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Morbillo / <i>Measles</i> | <input type="checkbox"/> Parotite / <i>Mumps</i> | <input type="checkbox"/> Cardiopatia / <i>Hearth complaints</i> |
| <input type="checkbox"/> Pertosse / <i>Whooping cough</i> | <input type="checkbox"/> Asma / <i>Asthma</i> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Epilessia / <i>Epilepsy</i> | <input type="checkbox"/> Enuresi / <i>Enuresis</i> | |
| <input type="checkbox"/> Scarlattina / <i>Scarlet fever</i> | <input type="checkbox"/> Diabete / <i>Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Varicella / <i>Chickenpox</i> | <input type="checkbox"/> Rosolia / <i>Rubella</i> | |

Vaccinazioni / Vaccinations

Medicine prescritte / Current medication

TUTTE LE MEDICINE, ASSIEME ALLE RICETTE VANNO LASCIATE AL NOSTRO ASSISTENTE
(ALL MEDICATION, TOGETHER WITH THE PRESCRIPTION, MUST BE LEFT WITH OUR ASSISTANT)

Allergie / Allergies

Problemi dietetici / Dietary problems

Note sanitarie e ulteriori osservazioni / Medical details and further observations

Data / Date

Timbro e firma del medico curante

Stamp and signature of current medical practitioner