



## QUESTIONARIO RELATIVO A VACCINAZIONI E MALATTIE INFETTIVE SUBITE DALL'ALLIEVO/A

.....

### VACCINAZIONI

- |     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | antitubercolare o BCG (indicata solo per i gruppi a rischio) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2.  | antidifterica (obbligatoria)                                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3.  | antipertosse   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4.  | antitetanica   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5.  | antipoliomielitica   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6.  | antimorbillo   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7.  | antiparotite (contro gli orecchioni)                         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8.  | antirosolia  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 9.  | antiepatite A  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 10. | antiepatite B  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 11. | antihaemophilus influenzae B                                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 12. | altre  |                             |                             |
- .....

### MALATTIE INFETTIVE SUBITE

- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | tubercolosi   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2.  | difterite   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3.  | pertosse  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4.  | tetano  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5.  | poliomielite  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6.  | morbillo  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7.  | parotite (orecchioni)   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8.  | rosolia   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 9.  | scarlattina   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 10. | varicella   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 11. | salmonellosi  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 12. | epatite A   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 13. | epatite B   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 14. | meningite cerebrospinale epidemica (haemophilus influenzae B) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 15. | altre   |                             |                             |
- .....

Unire al questionario i certificati di vaccinazione e consegnare l'apposito certificato medico il primo giorno di frequenza alla scuola dell'infanzia.

Data: .....

Firma: .....