

DELEGA PER LA VACCINAZIONE DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI
DAL GENITORE, TUTORE o LEGALE RAPPRESENTANTE

Dichiara che il/la suddetto/a figlio/a:

1. Sta bene oggi?	SI	NO
2. Ha o ha avuto malattie importanti?	NO	SI
Se si, specificare se malattia neurologica malattia che ha indebolito il sistema immunitario		SI SI
3. Ha mai avuto convulsioni?	NO	SI
Se si, specificare se con febbre senza febbre		SI SI
4. Negli ultimi tre mesi ha preso farmaci in modo continuativo?	NO	SI
Se si, specificare se Cortisonici ad alte dosi Antitumorali		SI SI
5. Negli ultimi tre mesi è stato sottoposto a radioterapia?	NO	SI
6. Nell'ultimo anno ha ricevuto derivati del sangue come trasfusione o immunoglobuline?	NO	SI
7. E allergico a qualche Alimento? Medicina? Vaccino?	NO NO NO	SI SI SI
Se si, specificare _____ _____		
8. Ha avuto reazioni dopo le precedenti vaccinazioni?	NO	SI
Se si, specificare _____		

Data ____/____/____

Firma del genitore

Si allega fotocopia del documento di identità del genitore delegante.