

nome e cognome: .....  
 codice fiscale: ..... regione: .....  
 azienda ASL n°: .....  
 codice assistito: .....

Il/la minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a al campo.

Esame obiettivo generale:

Patologie in atto e terapie in corso (specificare farmaci e posologia):

Ectoparassitosi:

## anamnesi

celiachia:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	mal d'auto:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	gruppo sanguigno: .....
morbillo:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	altro: .....			allergie (specificare il tipo): .....
parotite:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	.....			.....
rosolia:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	.....			.....
epatite:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	.....			Eventuali farmaci in uso dovranno
varicella:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	.....			essere consegnati completi di pre-
asma bronchiale:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	.....			scrizione al medico del summer
enuresi notturna:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	.....			camp il giorno d'arrivo.

## allegati

Allegare al presente modulo:

- fotocopia del libretto di vaccinazione
- fotocopia della tessera sanitaria
- delega firmata dal genitore per eventuale ricorso a cure ospedaliere

## note del medico

Cod. regionale:

.....

Data:

.....

Timbro e firma leggibile:

# certificato di idoneità sportiva non agonistica

Cognome: ..... Nome: .....

Nato a: ..... il: .....

Residenza: .....

Sport: .....

Documento di identità: .....

Sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività fisica:

Sport: .....

Il presente certificato ha validità di: ..... scadrà il: .....

Data del rilascio .....

Il medico

## dichiarazione

Io sottoscritto dichiaro di aver informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti.

In relazione alla tutela della Privacy acconsento all'archiviazione dei miei dati, ai sensi del D.L. 196/03.

Firma

.....