



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 stessa/a al campo.

Esame obiettivo generale:

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

Ectoparassitosi:

anamnesi



celiachia:	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	asma bronchiale:	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	gruppo sanguigno:
morbillo:	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	enuresi notturna:	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	allergie (specificare il tipo):
parotite:	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	mal d'auto:	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
rosolia:	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	altro:
epatite:	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no
varicella:	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no

Eventuali farmaci in uso dovranno essere consegnati completi di prescrizione al medico del SummerCamp il giorno d'arrivo.

allegati

Allegare al presente modulo:

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

note del medico



cod. regionale:

.....

timbro e firma leggibile:

data:

.....

scheda sanitaria



Cognome: Nome:

Nato a: il:

Residenza:

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 alla archiviazione dei miei dati, ai sensi del D.L. 196/03

FIRMA