



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:

.....