Regione:_____

Azienda ASL:_____

Distretto:_____

Cognome _____

Nome _____

nato/a a: _____

il: /___/___/

residente a:_____

via _____

Esame obiettivo generale

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Malattie pregresse

[ ] morbillo
[ ] parotite
[ ] pertosse
[ ] rosolia
[ ] varicella
[ ] scarlattina
[ ] altro: _____

Allergie ***(specificare il tipo)***

farmaci _____
_____

pollini _____
_____

polveri _____
_____

muffe _____
_____

alimenti _____
_____

veleno insetti _____
_____

altro: _____
_____

Patologie in atto

_____

_____

Terapie in corso ***(specificare farmaci e posologia)***

_____

_____

_____

Dieta speciale ***(specificare alimenti vietati)***

_____

_____

_____

Apparecchi protesici e/o altri ausili

_____

_____

_____

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 estivo

Medico compilatore

_____

Qualifica:

[ ] Medico di medicina generale

[ ] Pediatra di libera scelta

[ ] Medico USL di residenza

Codice sanitario reg._____

DATA DI COMPILAZIONE ___/____/_____

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE