

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