

- La scheda va compilata come segue:**
 - pagina 1 da compilarsi a cura della famiglia
 - pagine 2 e 3 da compilarsi a cura del medico

La scheda compilata in ogni sua parte va inviata via mail al momento dell'iscrizione e consegnata in originale al momento dell'arrivo a BoncioCamp.

Foto del minore recente

SCHEDA SANITARIA

Cognome.....

Nome.....

Luogo di Nascita

Data di Nascita.....

Domicilio Via..... Cap..... Città..... Prov.....

email.....

Recapito parenti durante il soggiorno

Madre:

Padre:

Altro (specificare).....

☎ Uff/.....

☎ Uff/.....

☎ Uff/.....

☎ Abit...../.....

☎ Abit...../.....

☎ Abit...../.....

☎ Cell...../.....

☎ Cell...../.....

☎ Cell...../.....

Nel caso di genitori separati indicare a chi è affidato il minore:

Madre Padre Altro

Regione:..... Azienda ASL n°:.....Codice Assistito:

Il/la sottoscritto/a padre madre altro _____, esercitante la potestà genitoriale sul/la minore, autorizzo la Direzione ad impartire i trattamenti sanitari necessari al ragazzo/a.

Firma

Data

ESAME OBIETTIVO GENERALE

PATOLOGIE IN ATTO

NOTIZIE ANAMNESTICHE (barrare solo voci positive)

Morbillo Varicella Rosolia Scarlattina Pertosse Parotite

Soffre di:

Cardiopatie Epilessia Reumatismo Asma bronchiale Epatite

Diabete Crisi acetonemiche Enuresi notturna / diurna Altro:

Terapie in corso*

NO

SI, specificare tipo e posologie

Gestite autonomamente

* Si ricorda che: I farmaci al seguito del ragazzo saranno consegnati alla Direzione che si occuperà delle somministrazioni come da prescrizione medica

È portatore di:

Apparecchio ortodontico Apparecchi acustici Scarpe ortopediche

Occhiali Lenti a contatto Altro (specificare):

Ha mai avuto reazione a punture di insetti? NO SI

Se Sì, tipo di reazione

Eventuali terapie da effettuare in caso di puntura di insetti

È soggetto a frequenti emorragie dal naso? NO SI

Menarca: NO SI, quando:

Farmaci eventualmente usati in caso di febbre

Allergie (specificare il tipo):

Farmaci:

Pollini:

Polveri:

Muffe:

Alimenti:

Veleno insetti:

Altro:

Vaccinazioni eseguite

(La compilazione della parte sottostante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione)

	I dose	II dose	III dose		I dose	II dose	III dose
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___	MPR	___/___/___	___/___/___	
Richiami	___/___/___	___/___/___		morbillo	___/___/___	___/___/___	
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___	parotite	___/___/___		
Richiami	___/___/___	___/___/___		rosolia	___/___/___		
polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___				
Richiami	___/___/___	___/___/___					
epatite B	___/___/___	___/___/___	___/___/___				

Non presenta sintomi di malattie trasmissibili, è sano e di robusta costituzione, nonché idoneo a svolgere attività sportive. Non presenta qualsiasi allergia o altro che richieda un regime dietetico specifico, o che risultino incompatibili al luogo di soggiorno o alla vita all'aria aperta, al programma previsto a BoncioCamp ed alla vita di comunità. Non proviene da zone con manifestazioni epidemiche in atto. Non presenta manifestazioni da pediculosi. Non si verifica convivenza con persone affette da malattie trasmissibili, tali da far ritenere che la convivenza stessa costituisca controindicazione all'ammissione in collettività.

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

Medico compilatore:

.....

Codice sanitario reg.

Data Compilazione

Qualifica:

- Pediatra di libera scelta
- Medico di medicina generale
- Medico ASL di residenza