

SCHEMA SOGGIORNO VACANZA PER MINORI

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Scuola _____ Sede _____

Anamnesi Personale _____

Malattie Esantematiche _____

Infezioni oro-fecali _____

Altre malattie infettive _____

Allergie a farmaci _____

Quali _____

Ha praticato test fabico _____ con quale esito _____

Necessita diete particolari _____

Necessita di terapie particolari durante il soggiorno _____

Tipo di soggiorno consigliato _____

Data _____

Il medico di fiducia
(Timbro e firma leggibile)