

Junior Camp USI-SUPSI 2019

Dichiarazione di buona salute

Nome e Cognome del bambino:

Data di nascita:

Indirizzo:

CAP, Località:

Cassa malati:

Soffre di allergie?

No Sì

Se sì, precisi quale allergia e che trattamento medico è richiesto:

Segue una dieta particolare?

No Sì

Se sì, specifici

Attualmente è affetto/a da disturbi
alla salute oppure soffre
delle conseguenze di un infortunio?

No Sì

Se sì, specifici

Segue un trattamento medico?

No Sì

Se sì, precisi e consegna per favore l'autorizzazione alla somministrazione di
medicinali:

Altre osservazioni sullo stato di salute
e/o su particolari necessità ed esigenze
del partecipante:

Data e Luogo

Firma del genitore

