



Rilevamenti dello stato di salute dei bambini della scuola elementare e della scuola dell'infanzia

Cognome e nome Data di nascita:

Cognome e professione dei CAP / Domicilio:
genitori:

Scuola dell'infanzia: sì dove? o classe / scuola:
no

Stato di salute:	Sì	No
Il/La bambino/a è attualmente sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il/La bambino/a ha un disturbo alla salute che richiede particolare attenzione a scuola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattia degli occhi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie delle orecchie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insufficienza cardiaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie dismetaboliche, p. es. diabete m.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilessia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie o conseguenze di un infortunio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il/La bambino/a deve assumere medicamenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
.....
.....
.....

È stata effettuata una visita prescolare (durante la scuola dell'infanzia)?

Se sì, da quale medico?

Data: Firma dei genitori risp. delle persone esercitanti l'autorità parentale: