



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

Cognome e nome .....  
del/la bambino/a

Data di nascita: 

--	--	--	--	--	--

Cognome e professione dei .....  
genitori:

CAP / Domicilio: .....

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

<b>Stato di salute:</b>	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 medicinali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		
.....		
È stata effettuata una visita prescolare (durante la scuola dell'infanzia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, da quale medico? .....		
<p>Data: ..... Firma dei genitori risp. delle persone esercitanti l'autorità parentale: .....</p>		