



Allegato A

Pagina 1

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,
che il/la giovane

Nato/a a(..) In data / /

Codice Fiscale

da me in cura, presenta/non presenta pregresse condizioni morbose:

<u>Apparato cardiocircolatorio</u> (se si specificare diagnosi):	SI	NO
<u>Apparato respiratorio</u> (se si specificare la diagnosi):	SI	NO
<u>Diabete mellito:</u>	SI	NO
<u>Sistema endocrino</u> (se si specificare la diagnosi):	SI	NO
<u>Sistema neurologico</u> (se si specificare la diagnosi):	SI	NO
<u>Patologiche psichiatriche/psicologiche</u> (se si specificare la diagnosi):	SI	NO
<u>Epilessia:</u>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da alcool, farmaci, sost. psicotrope</u> (cancellare la voce che non interessa):	SI	NO
<u>Apparato urogenitale:</u> (Insufficienza renale grave)	SI	NO
<u>Sangue ed organi emopoietici</u> (Sindrome emofiliache, leucemia, linfoma in trattamento, in caso specificare):	SI	NO



Allegato A

Pagina 2

Il/la giovane

Nato/a a(....) In data / /

Codice Fiscale

Apparato osteoarticolare (gravi alterazioni anatomiche o funzionali, pregressi traumi):	SI	NO
Organi di senso (gravi patologie visive, uditive ecc.):	SI	NO

Il/la giovane presenta le seguenti allergie:

	Manifestazioni cliniche	Terapia in corso	Farmaco
Allergie alimentari	SI/NO	SI/NO	
Allergie a farmaci	SI/NO	SI/NO	
Allergie a piante	SI/NO	SI/NO	
Allergie ad insetti.	SI/NO	SI/NO	

Il/la giovane deve assumere quotidianamente i seguenti farmaci:

Nome del farmaco	Dosaggio	Posologia	Orario di assunzione/ note per l'assunzione

Vaccinazioni effettuate:

Presentare certificato vaccinale

(da caricare nell'apposita sezione nel programma di iscrizione)

Data

Firma del Medico

Timbro del Medico

(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e