

Junior Camp USI-SUPSI 2025

Dichiarazione di buona salute

Nome e cognome del bambino o
della bambina:

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 consegnare per favore l'autorizzazione alla
somministrazione di medicine:

Pediatra di riferimento (Nome,
cognome e numero di contatto)

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

Con la firma del presente formulario, confermo che:

- le indicazioni date sono complete e veritiere.
- ho letto e compreso l'informativa privacy allegata.

Data e Luogo

Firma del genitore
