

# Junior Camp USI-SUPSI 2026

## 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

---