



Scheda di autocertificazione
per la valutazione dello stato fisico



Cognome: _____

Nome: _____

Età: _____

Codice Fiscale: _____

HA SUBITO	SI	NO
Ricoveri ospedalieri		
Interventi chirurgici		
Fratture ossee		
Quali?		

E' ALLERGICO A	SI	NO
Pollini o graminacee		
Polveri o peli di animali		
Alimenti		
Farmaci		
Altro		

HA MAI AVUTO	SI	NO
Problemi cardiaci		
Disturbi coagulativi		
Problemi respiratori		
Asma bronchiale		
Problemi al fegato		
Problemi ai reni		
Problemi neurologici		
Convulsioni febbrili		
Perdita di coscienza		
Traumi cranici		
Traumi vertebrali		
Traumi cervicali		
Altro		

SOFFRE DI	SI	NO
Disturbi visivi		
Disturbi uditivi		
Disturbi motori		
Disturbi cognitivi		
Mal di testa		
Dolori addominali		
Dolori articolari		
Dolori muscolari		
Epistassi		
Enuresi notturna		
Altro		

INOLTRE	SI	NO
Assume medicine		
Ha eseguito le vaccinazioni di legge		

Data _____

(firma dei genitori / tutori)