

BILANCIO DI SALUTE 10 ANNI

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____

Data della visita _____

Peso gr Statura PA min PA max

Stadio puberale

Malattie rilevanti o ricorrenti

Disturbi dell'apprendimento scolastico No Si

Esame obiettivo

Disturbi del comportamento No Si

Acuita' visiva OD OS

Sintesi dell'osservazione

Firma del genitore o dell'accompagnatore
