

# BILANCIO DI SALUTE 12 ANNI

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Data della visita \_\_\_\_\_

Peso gr  Statura cm  PA min  PA max

Stadio puberale

## VACCINAZIONI

\* Richiamo MPR

\* Richiamo varicella

## 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

---

---