

BILANCIO DI SALUTE 66 MESI

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____

Data della visita _____

Peso gr Lunghezza cm

VACCINAZIONI

* Richiamo DTP

* Richiamo MMR

Esame obiettivo

Malattie rilevanti o ricorrenti

Valutazione del Linguaggio

Frequenta la scuola materna Si No

Acuita' visiva (Screening ambliopia)

OD OS

Firma del genitore o dell'accompagnatore
