

CAMPO MARINO ESTIVO “E...STATE IN CAMPO CON NOI 2017” –
CESENATICO (FC) DAL 19 AL 26 AGOSTO 2017
CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

1. DATI ANAGRAFICI del/lla minore

Cognome e nome.....nat..a.....

il,residente in (...), Via,
N. ..., in possesso di Tessera sanitaria n.....(all. fotocopia).

2. STATO PSICO-FISICO del minore suddetto (se necessario allegare relazione)

.....
.....
.....

3. GIUDIZIO DEL MEDICO CURANTE

Il minore suddetto è in stato di buona salute psico-fisica, può alloggiare in camerata, fare escursioni a piedi, svolgere attività natatorie e sportive ludico-ricreative, partecipare a laboratori creativi e manuali.

4. EVENTUALI ALTRE SEGNALAZIONI

4.1.Allergie, intolleranze o reazioni allergie a farmaci, alimenti o altro

.....
.....

4.2 Farmaci da assumere durante il periodo di soggiorno (specificare il/i farmaco/i e l'esatta posologia)

.....
.....

Non sussistono ulteriori problematiche o aspetti conosciuti dal sottoscritto meritevoli di essere evidenziati nella presente certificazione. Il sottoscritto attesta inoltre di essere il medico curante del/lla minore di cui alla presente certificazione.

Data

Timbro e firma del Medico Curante