



**CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE**  
**PER L'ISCRIZIONE**  
**AI SOGGIORNI/CAMPI ESTIVI**

Il/la minore/Sig. ....nato a.....  
il ....., residente a ..... (...), Via .....,N. ....,  
USL ....., libretto sanitario n.....(all. fotocopia).

**ANAMNESI** .....  
.....  
.....

**ESAME DELLO STATO PSICOFISICO** (se necessario allegare relazione)  
.....  
.....

**GIUDIZIO DEL MEDICO CURANTE**

1) Ritengo sia indicato il clima dei soggiorni in/al: **Campagna/Collina**  **Mare**   
2) Ritengo sia utile la partecipazione del suddetto ai soggiorni estivi per i seguenti motivi:  
.....

3) Il suddetto soffre di particolari disturbi? (indicare quali)  
.....  
.....

4) Specificare se il suddetto deve assumere farmaci durante il periodo di soggiorno sia regolarmente che in particolari circostanze (fornire il farmaco e l'esatta posologia):  
.....  
.....

5) Specificare se il suddetto soffre di particolari allergie o intolleranze a farmaci, alimenti o altro:.....  
.....

6) Fornire inoltre eventuali diete o prescrizioni alimentari: (se necessario allegare dieta)  
.....  
.....

Specificare se il suddetto ha praticato recentemente e in che data siero-profilassi antitetanica o antirabbica.....  
.....

Data  
.....

Timbro e firma  
del Medico Curante  
.....

N.B Allegare copia del libretto sanitario