

Certificato medico

Cognome e nome:

.....

Il medico sottoscritto certifica che il/la bambino/a di cui sopra gode di buona salute e non presenta rischi di contagiosità.

Eventuali malattie (asma, epilessia, diabete, ecc.):

.....

Eventuali allergie o intolleranze conosciute:

.....

Eventuali medicinali assunti:

.....

Eventuali allergie a medicinali:

.....

Vaccinazioni secondo il calendario vaccinale svizzero:

si No

Osservazioni:

.....
.....

Data:

Firma e timbro del medico: