

## RELAZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

CONVITTORE \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Patologie in atto \_\_\_\_\_

Allergie ai medicinali: \_\_\_\_\_

Allergie alimentari: \_\_\_\_\_

Altre notizie da segnalare \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, sulla base delle proprie conoscenze dell'attuale condizione sanitaria dell'alunno, dichiara che lo stesso **è idoneo alla vita di comunità**

.data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( timbro e firma del medico di base)

n.b. si prega di scrivere in modo leggibile e completo