



CERTIFICATO MEDICO

Il/La sottoscritto/a _____ con studio medico sito in
_____ Via _____, n. _____
in qualità di Medico Curante del/della Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____, n. _____

Certifica

Che lo stesso:

- È idoneo a soggiornare in località marina e a sostenere il viaggio in autobus su lunghe percorrenze;
- Che è autosufficiente e non necessita di particolari cure o terapie mediche che richiedano la presenza di personale specializzato;
- Che è in grado di muoversi senza necessità di essere seguito in modo continuativo e controllato.

_____ lì, _____

FIRMA E TIMBRO



SCHEMA SANITARIA

Nome e Cognome _____ data di nascita _____

Nato a _____ residenza _____

via _____, n. _____

Gruppo sanguigno _____

Patologie croniche

Allergie a farmaci

☐ Sì, quali

☐ No

Allergie o intolleranze alimentari (solo se prescritta dal medico)

☐ Sì, quali

☐ No

Nel caso in cui ci siano eventuali necessità o particolarità di alimentazione, SOLO se prescritta dal medico indicare il tipo di dieta speciale:

_____, lì _____

FIRMA E TIMBRO