

PROGETTO ORCHIDEA

CERTIFICATO MEDICO

Si certifica che:

Cognome

.....

Nome

.....

nato a il

residente in

.....

Peso **Altezza** **Esenzioni**

risulta affetto/a da

.....

.....

è attualmente in terapia con

.....

.....

.....

presenta allergia/e a

.....

.....

..... il

Il medico

(timbro e firma)