

**Certificazione rilasciata dal/la pediatra o
dal medico di famiglia**

Si certifica che

Nome e cognome del bambino

Cognome

Nome

Data di nascita

Classe

Istituto scolastico

Cognome e nome dei genitori/tutori legali

Cognome

Nome

Indirizzo

Cognome

Nome

Indirizzo

- è stato sottoposto/a alla visita scolastica
- verrà sottoposto/a alla visita scolastica in data

Luogo e data.....

.....

Timbro e firma del medico