



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SECONDARIA DI 2° GRADO

Polo Tecnologico "A. Minuziano - M. Di Sangro - L.B. Alberti"

CONVITTO

Via Guadone, loc. Perretti -71016 – San Severo (FG) Tel. e Fax 0882 331507

ALLEGATO B

RELAZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

CONVITTORE

Nato a(.....) **il**

Residente a **Via** **n.**.....

Il sottoscritto, sulla base delle proprie conoscenze dell'attuale condizione sanitaria dell'alunno convittore, dichiara che lo stesso è idoneo alla vita comunitaria, specifica inoltre:

Patologie in atto:

.....
.....

Terapie in corso:

.....
.....

Allergie a medicinali:

.....

Allergie ad alimenti:

.....

FACOLTATIVO (nel caso non interessi sbarrare la sezione successiva)

Nel caso lo stato di salute del giovane comporti la necessità di **somministrazione di medicinali**, si prescrive quanto segue:

- stato febbrile la somministrazione di
- mal di denti la somministrazione di
- mal di testa, emicrania la somministrazione di

.....
(data)

.....
(Firma e Timbro del medico di base)

N.B. Si prega di scrivere in maniera leggibile e completa