

# Certificato medico

Allegato di cartelle cliniche



Il sottoscritto, MD, .....

Certifico che (nome del / la ragazzo/a )  
.....

Data di nascita: .....

possono partecipare alle attività di questo movimento giovanile, se necessario il farmaco da utilizzare è il seguente:

Nome del farmaco: .....

dose (volume e frequenza giorno/ora): .....

forma di somministrazione: .....

O deve essere data dai dirigenti

O può assumerlo solo

O per un/a infermiere/a

Conservazione: (es.: frigorifero) .....

O per i dirigenti/monitor

O di forma indipendente

Data di scadenza di questo medicamento: .....

In caso di questo medicamento: .....

Possibili effetti secondari che i dirigenti devono tenere in considerazione:  
.....

(vedi schema a continuazione)

Numero di telefono del medico: .....

Indirizzo: ..... Data: .....

Firma e sigillo del medico: .....

