ISTITUTO D'ISTRUZIONE SECONDARIA 2° GRADO
Polo Tecnologico"A. Minuziano – M. Di Sangro – L. B. Alberti"
CONVITTO annesso all'Itas "M. Di Sangro"
Via Guadone, loc. Perretti -71016 – San Severo (FG) *Tel. e Fax* 0882 221518

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: ..……..……..……

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 ……..…….…….
- dolori gastro-intestinali la somministrazione di ……..……..……..
- dolori articolari 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