

## Certificato Medico di Idoneità

Si certifica che

(C&N) . .....

nato/a il ..... a .....

residente in .....

via .....

e' risultato/a idoneo/a

a partecipare al **Campo Giffoni LAB Cinema Ragazzi 2010** nel periodo 24 – 31  
luglio 2010

### Prescrizioni

Si dichiara che . .....

è allergico/a ai seguenti alimenti:

.....  
.....  
.....  
.....

è allergico ai seguenti farmaci:

.....  
.....  
.....  
.....

non è allergico ad alcun alimento

non è allergico ad alcun farmaco

Il medico