

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il/la minore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

sulla base della visita medica effettuata in data odierna e dall'anamnesi, gode di buona salute e non presenta segni di alterazioni patologiche di ordine psicofisico in atto.

Il presente certificato ha validità di un anno dalla data del rilascio.

In fede

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)