

Data _____

Certifico che il/la minore

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

visitato/a in data odierna, non presenta alterazioni morbose in atto clinicamente rilevanti, né segni e sintomi riferibili a malattie contagiose.

Non vi sono controindicazioni per la frequenza della comunità infantile.

In fede

(Timbro e Firma)