

#  Comprensivo di Porretta Terme

# Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I° grado

*via Marconi, 61 Porretta Terme ALTO RENO TERME 40046 (BO)*

*tel. 0534/22448 – fax 0534/24414 - e-mail:BOIC832006@istruzione.it*

A cura del medico

**Certificazione per le attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito educativo / scolastico**

Al Dirigente Scolastico

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** il bambino – a/ alunno - a

Cognome e Nome ……………………………………………………………………………………………………

data e luogo di nascita………………………………………………………………………………………………

residente a …………………………….............…………………………………………………………………….

in Via e n°………………………………………………… tel famiglia ……………………………………………

frequentante la sezione /Classe …………………………………………….della scuola………………………………….

la seguente attività a supporto vitale:………………………………………………………………………

….............................................................................................................................

Durata dell'attività:

* per tutto l'anno educativo / scolastico in corso
* dal ….................................... al …...........................................

Data ………………………

Medico AUSL (Timbro e Firma)