



ALLEGATO 8

Genitori
Alunno

.....

VERBALE RESTITUZIONE MEDICINALE INDISPENSABILE O FARMACO SALVAVITA

In data alle ore la/il sig.

 consegna al genitore dell'alunno/a

 frequentante la classe della scuola

 un flacone nuovo ed integro del medicinale.....

Luogo e Data il

Il Referente Sicurezza/Coordinatore di Classe

Per accettazione ritiro
 Il genitore
