

AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I SOTTOSCRITTI

GENITORI DI

FREQUENTANTE LA CLASSE SEZ.....

DICHIARANO CHE IL FIGLIO/A SOFFRE DI

.....

PERTANTO E' AUTORIZZATO A PRENDERE I SEGUENTI MEDICINALI
CON LA SEGUENTE POSOLOGIA:

(che porterà con sé per tutta la durata del viaggio d'istruzione)

.....

.....

.....

ALLA PRESENTE SI ALLEGANO FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA E
CERTIFICATO MEDICO OVE NECESSARIO.

I NOSTRI RECAPITI TELEFONICI:

.....

.....

.....

FIRMA DEI GENITORI
