

## 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_