

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

IO SOTTOSCRITTO.....

GENITORE DI.....

AUTORIZZO GLI INSEGNANTI A SOMMINISTRARE A MIO FIGLIO IL FARMACO DA ME FORNITO, IN ORARIO E QUANTITA' SPECIFICATI DAL PEDIATRA, SOME DA SUA RICHIESTA ALLEGATA.

IL SOTTOSCRITTO SI ASSUME OGNI RESPONSABILITA' IN MERITO.

DATA

FIRMA

.....

.....