

SCUOLA MATERNA PARROCCHIALE PARITARIA "SAN MARTINO"
Via Don Angelo Pedrinelli, 6 – 24040 CISERANO
Tel e fax 035883124 – email scuolainfanziaciserano@gmail.com



DICHIARAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Io sottoscritto/a _____ genitore di _____

iscritto alla sezione _____ della Scuola dell'Infanzia San Martino di Ciserano

AUTORIZZO

il personale docente o le persone adulte di riferimento presenti a scuola a somministrare, in caso di
necessità, il farmaco _____ nella dose _____ essendo esso
necessario per la patologia di mio/a figlio/a _____

Ciserano, _____

In fede

FIRMA DEI GENITORI

