

Allegato 2

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI D'URGENZA

Anno Scolastico _____

N.B.: La domanda va presentata ogni anno scolastico
--

Il/la sottoscritto/a
(cognome e nome genitore)

genitore di nato il
(cognome e nome bambino/a)

indirizzo e – mail

frequentante la Scuola dell'Infanzia

CHIEDE

che vengano somministrati al proprio figlio/a i seguenti **FARMACI D'URGENZA:**

.....
.....

secondo le indicazioni contenute nel certificato medico allegato.

Il/la sottoscritto/a libera l'Amministrazione e le Insegnanti da ogni responsabilità al riguardo.

Pomigliano d'Arco, lì

Firma del genitore