



AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti: _____
genitori di: _____
frequentante il CRED presso la Scuola _____ autorizzano il
personale alla somministrazione del farmaco _____

C H I E D O N O

- ☐ sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica
- ☐ sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica

S'impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.
Inoltre, comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici: _____

DATA, _____

Firma *

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.



AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Luogo di conservazione del farmaco: _____

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione: _____

I genitori autorizzano il personale della Cooperativa Minerva a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Il Genitore * _____

* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale.

Si allega:

- Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità) e la posologia necessaria

LUOGO E DATA _____

Firma del genitore _____