

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____

CHIEDONO

- che sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica. A tal fine autorizzano il personale della scuola a somministrare i farmaci indicati nella prescrizione medica.
- che sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica. A tal fine autorizzano il personale della scuola a somministrare i farmaci indicati nella prescrizione medica.

Si 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 di entrambi i genitori _____

Firma dei genitori

Il Direttore dell'Istituto

Parma, _____