

Alla Dirigente Scolastica dell'Istituto Comprensivo Statale di Montespertoli

RICHIESTA DEI GENITORI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

I sottoscritti (madre) _____ e (padre) _____

dell'alunno/a _____

frequentante la scuola _____

classe _____ sez. _____

richiedono

la somministrazione dei farmaci per il/la proprio/a figlio/a nelle modalità certificate dal medico Dott. _____ allegate alla presente richiesta.

Data _____

Firma dei genitori
