FOGLIO NOTIZIE PER IL CAMPO SCUOLA

Nome:

Cognome:

Recapiti telefonici utili in caso di necessità:

* cellulari:
* casa:
* uffici:
* nonni:

------------------------------------------------------------------------------------------------AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

I sottoscritti,

genitori dell’alunno/a

della classe \_\_\_\_\_\_\_\_ di S. M. Goretti

autorizzano

le insegnanti a somministrare eventuali medicinali al proprio figlio in caso di necessità.

 FIRME

Segnalare eventuali allergie a farmaci:

In caso di febbre somministrare:

In caso di mal di gola somministrare:

In caso di mal d’orecchio somministrare:

Eventuali comunicazioni da segnalare alle insegnanti:

Si prega di allegare la fotocopia della tessera sanitaria del/la bambino/a