

FOGLIO NOTIZIE PER IL CAMPO SCUOLA A.S. 20..../20....

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 \_\_\_\_\_ plesso di \_\_\_\_\_

autorizzano

gli 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

