



San Luigi
SALESIANI DON BOSCO
CHIERI
SCUOLA

SCUOLA

Il/i sottoscritto/i _____

genitore/i di: _____

telefono cellulare: padre _____ madre _____

altri: _____

A U T O R I Z Z A

la somministrazione dei seguenti FARMACI

Terapie in corso:

Farmaco: _____ Posologia: _____

Farmaco: _____ Posologia: _____

Farmaco: _____ Posologia: _____

Occasionalmente al bisogno:

Farmaco: _____ Posologia: _____

Farmaco: _____ Posologia: _____

Si allega prescrizione medica.

I farmaci saranno forniti dai sottoscritti alla scuola.

Poiché è tassativamente vietato agli alunni introdurre e autosomministrarsi farmaci a scuola, compresi i farmaci da banco (es. analgesici, antinfiammatori), a eccezione dei farmaci salvavita (es. autoiniettore di adrenalina, inalatori per l'asma) solo se espressamente autorizzati dal Dirigente e previsti nel Piano di Emergenza dell'alunno, all'orario stabilito dal piano terapeutico, mio/a figlio/a si recherà autonomamente (o accompagnato se in stato di malessere) presso il locale o il personale individuato per l'assunzione del farmaco (presidenza/segreteria)

data _____

Firma del/i genitore/i
