

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

I sottoscritti

CognomeNome

CognomeNome

Residenti * in

Via/Piazza

Telefono

* (indicare entrambe le residenze se diverse)

genitori di

preso atto dell'assoluta necessità

AUTORIZZANO / AUTORIZZA

La somministrazione, durante il soggiorno nel Campo Estivo, dei farmaci indicati dal medico e secondo le modalità di somministrazione indicate dallo stesso.

Si allega copia della richiesta di somministrazione dei farmaci firmata dal medico curante.

Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

Data

Firma dei genitori

.....

.....