

Allegato 2

(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il minore

Cognome Nome

Nato il a..... Residente a

in Via/Piazza n.....

affetto dalla seguente patologia:,

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco

Modalità di somministrazione

.....

Dose:

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data

Timbro e firma del Pediatra /MMC

.....