

Allegato A/3



Distretto Scolastico n. 15
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE RENDE CENTRO
Via D. Vanni, 43 - 87036 Rende (Cs) ☎ tel. e fax 0984 – 443004
e-mail csic89000n@istruzione.it - web: www.icrendecentro.gov.it
C.F. 80004280782 – Cod. mecc. CSIC89000N

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data alle ore Il/La sig.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale
.....
da somministrare al/alla bambino/a in caso di nella
dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia
allegata alla presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data il

I genitori

.....
.....

I docenti

.....
.....
.....
.....