**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**VIAGGIO D’ISTRUZIONE**

# I Genitori dell'alunno/a di seguito identificato/a

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME | NOME |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |
| INDIRIZZO |
| TELEFONO REPERIBILE |
| CLASSE |
| **AUTORIZZANO**IL DOCENTE………………………………………………………………………. alla somministrazione, in caso di necessità, dei seguenti FARMACI DA BANCO nelle modalità e nelle dosi di seguito indicate: |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME COMMERCIALE DEL FARMACO | DOSI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

I sopraindicati farmaci saranno consegnati al docente autorizzato, in busta trasparente contenente nominativo dell'alunno e fotocopia tessera sanitaria, il giorno della partenza (data ). In caso di antibiotici, antiallergici e farmaci salvavita, alla presente deve essere allegato certificato del medico curante.

Con la presente autorizzazione il sottoscritto solleva il docente da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione dei farmaci indicati.

data firma genitore