



ASSOCIAZIONE CASA BIMBI

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Io sottoscritto.....

Genitore di.....

Autorizzo nel caso in cui si dovesse manifestare la seguente patologia:

-
-
-
-

A somministrare il seguente farmaco:

-
-
-
-

Consegnato al personale educativo del nido

Data.....

Firma.....