

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Mediglia**

Oggetto: **somministrazione farmaci in ambito scolastico**

Il / La sottoscritto /a

genitore / tutore dell'alunno/a

scuola plesso di sezione / classe

chiede, sotto la propria responsabilità e sollevando la Scuola da qualsiasi conseguenza, che

(*) _____

il personale della scuola somministri al proprio /a figlio /a il **farmaco**

..... nelle dosi e nei modi prescritti dal Medico.

Alla richiesta **si allega certificazione del Medico** in cui risultano dichiarati:

- dose e modo di somministrazione;
- assenza di allergie dell'allievo nei confronti del farmaco;
- assenza di effetti collaterali del farmaco sull'allievo;
- assenza di incompatibilità del farmaco con altre sostanze che possono essere assunte in ambiente scolastico (es. cibi).

Data _____

Il genitore / tutore di

firma _____

(*) Specificare in quali circostanze deve essere somministrato il farmaco.