Allegato 3 Somministrazione farmaci

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data .......... alle ore .......... la/il sig. …...............................................................................................

genitore dell'alunno/a ..........................................................................................................................

frequentante la classe ......... della scuola ..........................................................................................

consegna a…………………………………………………..un flacone nuovo ed integro del medicinale

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

da somministrare aluno/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 ditrattamento.

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

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

Luogo e Data ................................ il ........................

Il genitore Il/I Docente/i

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