

VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE
INDISPENSABILE / SALVAVITA

SCUOLA _____

In data _____ alle ore _____ Il Sig./ra _____
genitore dell'alunno/a _____
che frequenta codesta scuola , classe _____ sez.____
consegna al Referente/i individuato/i dal D.S. , che firma/firmano in calce
- n.1 confezione nuova,integra, in corso di validità,del medicinale/i :



- n.1 copia del certificato medico da allegare al farmaco.

SI IMPEGNANO

a rifornire tempestivamente la scuola di una nuova confezione con i requisiti suddetti, ogni qual volta che il medicinale sarà terminato ed a ogni variazione del trattamento.

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

_____ PLS Dott. _____

GENITORI _____

REFERENTE _____ REFERENTE _____