ASL CE – DISTRETTO SANITARIO

ALLEGATO n.8

REGISTRO INDIVIDUALE

SOMMINISTRAZIONE **FARMACI INDISPENSABILI**

SCUOLA _____

ALUNNO/A _____ CLASSE _____ SEZ _____

NATO/A _____ IL _____ _____

- SOMMINISTRAZIONE **QUOTIDIANA**
- SOMMINISTRAZIONE **OCCASIONALE indifferibile**

n.1 NOME DEL FARMACO _____ Scadenza _____

n.2 NOME DEL FARMACO _____ Scadenza _____

LUOGO DI CONSERVAZIONE _____

Data	Ora	Farmaco somministrato	Dose	Firma somministratore	Note