



RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a a il.....autorizzo
le educatrici l'Asilo Nido Le Petit Bateau a somministrare a mio
figlio/a

.....il seguente
farmaco.....

regolarmente prescritto a mio/a figlio/a dal medico pediatra, così
come

da prescrizione medica fornita in allegato.

Tale farmaco va somministrato alle ore nelle seguenti
dosi..... per n.....giorni a partire dalla data
odierna.

Il/La sottoscritto/..... solleva
esplicitamente da ogni responsabilità le educatrici dell'Asilo Nido Le
Petit Bateau per eventuali effetti derivanti dalla relativa
somministrazione.

Firma

Roma,