

**Alla cortese attenzione del sig. Preside
della Scuola**

(Primaria, Sec. 1° grado, Sec. 2° grado)

paritaria "Astori"

Via Marconi, 22 - MOGLIANO VENETO

I sottoscritti _____ e _____,
genitori di _____, frequentante la
classe _____ nell'a.s. _____

CHIEDONO

che il proprio figlio possa portare con sè il farmaco (di cui si allega prescrizione medica) e lo possa assumere **in piena autonomia** nel momento del bisogno.

I sottoscritti genitori:

- 1) s'impegnano a fornire il farmaco allo studente e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia e modalità;
- 2) provvederanno a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

Mogliano Veneto, _____

Firma di entrambi i Genitori

