

Allegato A1: RICHIESTA DEI GENITORI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI OMEOPATICI

Data

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/a

Della classe Scuola

Residente a Prov

In via

Richiedono la somministrazione di un farmaco omeopatico senza prescrizione medica.

Nome del farmaco

Motivo della somministrazione

Dosaggio

Modalità di somministrazione

Orario della somministrazione o delle somministrazioni (se necessita di più somministrazioni)

Autorizzano l'alunno/a alla gestione del farmaco (luogo e modalità di conservazione) e all'auto-somministrazione (è comunque prevista la sorveglianza di un adulto responsabile) assumendosene la completa responsabilità.

Sollevano la Scuola da qualsiasi responsabilità in caso di :

- reazioni avverse al farmaco assunto dall'alunno e autorizzato dai genitori stessi
- mal gestione del farmaco da parte dell'alunno/a (perdita del farmaco, somministrazione dello stesso ad altri alunni, assunzione del farmaco in orari non autorizzati e fuori controllo del personale scolastico responsabile).

Recapiti telefonici :

Mamma

Papà

Firma

.....