

Autorizzazione alla somministrazione di Farmaci

Data.....

Io sottoscritto/a (nome)..... (cognome).....

autorizzo le educatrici a somministrare a mio/a figlio/a

il seguente farmaco.....come da allegata prescrizione medica.

Tale farmaco va somministrato alle ore..... nelle seguenti dosi.....

per n. giorni.....

Consegno alle educatrici la confezione integra pronta per l'uso.

In caso di necessità specificare le modalità di diluizione.

Declino da ogni responsabilità le educatrici.

Firma

.....

Autorizzazione alla somministrazione di Farmaci

Data.....

Io sottoscritto/a (nome)..... (cognome).....

autorizzo le educatrici a somministrare a mio/a figlio/a

il seguente farmaco.....come da allegata prescrizione medica.

Tale farmaco va somministrato alle ore..... nelle seguenti dosi.....

per n. giorni.....

Consegno alle educatrici la confezione integra pronta per l'uso.

In caso di necessità specificare le modalità di diluizione.

Declino da ogni responsabilità le educatrici.

Firma

.....

Autorizzazione alla somministrazione di Farmaci

Data.....

Io sottoscritto/a (nome)..... (cognome).....

autorizzo le educatrici a somministrare a mio/a figlio/a

il seguente farmaco.....come da allegata prescrizione medica.

Tale farmaco va somministrato alle ore..... nelle seguenti dosi.....

per n. giorni.....

Consegno alle educatrici la confezione integra pronta per l'uso.

In caso di necessità specificare le modalità di diluizione.

Declino da ogni responsabilità le educatrici.

Firma

.....