



1/2 SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO*

Richiesta del genitore da accompagnare a prescrizione medica (da rinnovare ogni anno)

Il/La sottoscritto/a

genitore di: Cognome Nome

data di nascita

residente telefono/cell.

Scuola classe

richiede la somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico secondo la prescrizione medica allegata. Solleva dalla responsabilità di eventuali errori inerenti la somministrazione della stessa il personale della scuola.

Dichiara inoltre che (barrare le caselle):

- I farmaci sono stati affidati per questo anno alla scuola e lì sono conservati
- I farmaci sono consegnati alla scuola solo in occasione delle uscite didattiche
- I farmaci sono consegnati all'alunno e da lui conservati (dove?).....
- L'alunno è in grado di autosomministrarli

Data

Firma del genitore

Si autorizza :

La Direzione Il medico scolastico

Data

***N.B. SI RICORDA CHE, IN LINEA GENERALE, NON E' CONSENTITA LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO, TRANNE IN SITUAZIONI DI PARTICOLARE GRAVITA' (FARMACI SALVAVITA, O PER GRAVI PATOLOGIE CRONICHE ATTESTATE DA CERTIFICATO).**



2/2 SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO*

Istruzioni da compilarsi annualmente da parte del medico curante
nel caso non vi sia una prescrizione chiara e dettagliata dello specialista

Nome del paziente

Nome del farmaco

dose e modalità di somministrazione

orario

evento.....

durata terapia

modalità di conservazione

Nome del farmaco

dose e modalità di somministrazione

orario

evento.....

durata terapia

modalità di conservazione

Eventuali note di primo soccorso

.....

.....

.....

Timbro e firma del medico curante

Data

.....