



### SOMMINISTRAZIONE farmaci in ORARIO SCOLASTICO

Si prescrive che la/il bambina/o \_\_\_\_\_  
 nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ necessita  
 della indispensabile somministrazione in orario scolastico del/i seguente/i farmaco/i:

	Farmaco	Posologia	Modalità/tempi di somministrazione	Fino al
1				
2				
3				

Tali farmaci vanno conservanti con le seguenti modalità:

1

---

2

---

3

---

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

Recapito telefonico del medico

---

