



ISTITUTO COMPRENSIVO
ALDO MORO



Guardavalle

DICHIARAZIONE DA RESTITUIRE per la eventuale somministrazione di medicinali da banco

Viaggio d'istruzione _____.

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____ della classe _____
autorizza la Scuola, qualora ve ne fosse bisogno, all' eventuale somministrazio-
ne di medicinali da banco (ad esempio: Imodium, Tachipirina, Cibalgina, Travelgum ecc.) durante il viaggio
d'istruzione _____.

Con la presente, i sottoscritti sollevano da ogni responsabilità la scuola, il dirigente scolastico ed il personale non sanitario autorizzato (docente e non docente) da eventuali errori di somministrazione.

Luogo e Data _____

Firma _____