ALUNNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TESSERA SANITARIA: N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTOLLERANZE ALIMENTARI:

ALLERGIE VARIE:

ALLERGIE A FARMACI:

EVENTUALI FARMACI DA POTER SOMMINISTRARE:\*

Il/La sottoscritto/a

AUTORIZZA

gli insegnanti a somministrare al proprio figlio i seguenti farmaci:

\*Qualora non si conceda l’autorizzazione si prega di barrare e firmare

Firma del genitore

RECAPITI TELEFONICI:

**La presente scheda va compilata in ogni sua parte e consegnata agli insegnanti**