

Richiesta
per la somministrazione di farmaci /
specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali
in orario ed ambito extrascolastico
(in caso di alunno/a minorenne)
A.S. 2020/2021

All'Associazione
"Senza il Banco"
via Abba n. 3/2
Bologna
granarolo@senzailbanco.it
ufficio@senzailbanco.it

Io sottoscritto/a (*Cognome e Nome*).....

in qualità di (*genitore/tutore/esercente la potestà genitoriale*)

dell'alunno/a (*Cognome e Nome*)

nato/a.....il.....

residente ain via

frequentante la classe sezione

Scuola: Infanzia di Primaria di

consapevole che il personale educatore non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO

(barrare una delle due opzioni)

Che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario extra scolastico come da certificazione medica allegata.

A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

Oppure:

Che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali, come da certificazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari:

.....
.....
.....
.....

Allego certificazione rilasciata dal Pediatra di base/Medico curante

In fede,

Firma del genitore / tutore / chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

Data