

I SOTTOSCRITTI _____

GENITORI DI _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ SEZ _____

DICHIARANO CHE IL FIGLIO/A SOFFRE DI

PERTANTO È AUTORIZZATO A PRENDERE I SEGUENTI MEDICINALI CON
LA SEGUENTE POSOLOGIA:

(che porterà con sé per tutta la durata del viaggio d'istruzione)

ALLA PRESENTE SI ALLEGANO FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA E
CERTIFICATO MEDICO OVE NECESSARIO.

I NOSTRI RECAPITI TELEFONICI:

FIRMA DEI GENITORI
