

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_