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:

Padre _____

Madre _____

_____ _____

FIRMA DEI GENITORI _____

_____