

Al Dirigente Scolastico della
Scuola

Il /La sottoscritto/ain qualità di

Genitore

Cognome.....Nome.....

nato il..... e frequentante nell'anno scolastico/.....

la Scuola

classe.....

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente
alla certificazione medica allegata.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Data,

Firma