

All. 1

Al Dirigente Scolastico
I.C. Cirié II

I sottoscritti e
genitori dell'alunno/a
frequentante la classe plesso
a.s.
telefono:

.....

Vista la specifica patologia dell'alunno/a
RICHIEDONO

- Somministrazione di farmaci in orario scolastico
- L'intervento specifico
- L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico.

Allegano:

- Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario

Cirié,

Firma di entrambi i genitori

.....