

**Alla cortese attenzione del sig. Preside  
della Scuola** \_\_\_\_\_

(Primaria, Sec. 1° grado, Sec. 2° grado)

**paritaria "Astori"**

**Via Marconi, 22 - MOGLIANO VENETO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_,  
genitori di \_\_\_\_\_, frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ nell'a.s. \_\_\_\_\_

## **CHIEDONO**

**che il proprio figlio possa portare con sè il farmaco** (di cui si allega prescrizione medica) e lo possa assumere **in piena autonomia** nel momento del bisogno.

I sottoscritti genitori:

- 1) s'impegnano a fornire il farmaco allo studente e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia e modalità;
- 2) provvederanno a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti recapiti telefonici:

\_\_\_\_\_

Mogliano Veneto, \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i Genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_