



ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI  
PRIMO GRADO "C. GOUTHIER"  
P.zza Europa 1 – 10063 Perosa Argentina (TO)



AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
"CIRILLO GOUTHIER" – PEROSA ARGENTINA

I sottoscritti (padre) \_\_\_\_\_ e (madre) \_\_\_\_\_, in  
qualità di genitori/tutori del minore \_\_\_\_\_ iscritto per l'anno  
scolastico \_\_\_\_\_ presso la scuola \_\_\_\_\_ alla classe / sez. \_\_\_\_\_,  
in caso di: febbre, cefalea, male ai denti o altro: \_\_\_\_\_

richiedono/autorizzano

l'auto-somministrazione del/farmaco/i \_\_\_\_\_  
da parte del proprio figlio, in occasione del soggiorno didattico  
che si terrà a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_, come da prescrizione medica allegata (cancellare se non si presenta certificato  
medico)

In fede (firma del padre)

In fede (firma della madre)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(In caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_ dichiara  
sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del  
genitore/tutore assente \_\_\_\_\_



ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI  
PRIMO GRADO "C. GOUTHIER"  
P.zza Europa 1 – 10063 Perosa Argentina (TO)



Firma \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Numeri di telefono: \_\_\_\_\_

Genitore (padre) \_\_\_\_\_

Madre (madre) \_\_\_\_\_