



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) _____