

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
dell'ISC "Via Ugo Bassi"
Civitanova Marche
Dott. Maurizio Armandini

Oggetto: richiesta di somministrazione farmaci in orario scolastico

I sottoscritti.....

.....

Genitori dell'alunno/a.....

Nato/a a.....

Il.....

Residente a.....

In via.....

Frequentante la sezione/classe.....

Della scuola.....

Essendo minore ed affetto da.....

CHIEDONO

la somministrazione in orario scolastico da parte del personale scolastico del/i farmaco/i

come da allegata certificazione medica rilasciata in data.....

dal Dottor.....

Data

.....

Firma dei genitori

.....

.....

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
dell'ISC "Via Ugo Bassi"
Civitanova Marche
Dott. Maurizio Armandini

主题: 在上课期间服用药物申请

父亲姓名.....
母亲姓名.....
作为父母, 孩子男/女姓名.....
出生地址.....
出生日期.....
住址城市.....
街道.....
注册年级班级.....
学校.....
该未成年人患有以下症状.....

双方父母申请

在上课期间由学校相关工作人员给孩子服用药物, 并附加医生开具的证明,
该证明开具日期.....
医生姓名.....

日期
.....

双方父母签字

.....
.....