

MODULO ASSUNZIONE /ALLERGIE FARMACI

NOME:

COGNOME:.....

CLASSE: SEZ:

ALLERGIE A FARMACI: SÌ NO

SPECIFICARE I FARMACI:

.....
.....
.....

FARMACI CURATIVI:

.....
.....
.....

DOSAGGIO:

.....
.....
.....

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE:

.....
.....
.....

DATA:.....

FIRMA DEI GENITORI:

.....
.....