



Scuola dell'Infanzia e Asilo Nido Integrato
"GIOVANNI XXIII"

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Gentili genitori,

i bambini che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico, devono fare richiesta alla scuola, compilando e riconsegnando i seguenti moduli:

- **Modulo A** (Modulo richiesta) corredato del certificato del medico curante
- **Modulo B** (Prescrizione del medico curante alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico).
- **Liberatoria**

Si ricorda che la mancata produzione della documentazione richiesta non darà luogo a nessuna somministrazione del farmaco, sarà pertanto premura della famiglia consegnare prima dell'inizio della frequenza scolastica del bambino quanto richiesto.

Vi ringraziamo per la collaborazione.



**Scuola dell'Infanzia e Asilo Nido Integrato
"GIOVANNI XXIII"**

MODULO A**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	Il
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

Essendo il minore affetto da _____

E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI COME DA ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA

RILASCIATA in data _____ Dal Dott. _____

Si precisa che LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO E' FATTIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO E DI CUI SI AUTORIZZA FIN DA ORA L'INTERVENTO.

Firma dei genitori



**Scuola dell'Infanzia e Asilo Nido Integrato
"GIOVANNI XXIII"**

PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

MODULO B

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO
SCOLASTICO**

DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DELLO SPECIALISTA
VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA'

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO PER L'ALUNNO/A**

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	Il
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

DEL SEGUENTE FARMACO

Parrocchia Annunciazione B.V. Maria - Via San Gregorio Barbarigo, 12 - Ferri 35020 Albignasego (PD)
Telefono/Fax 049 710329 - PEO materna.ferri@fismpd.it - PEC scuolaferri@pec.fismpadova.it
Cod. Meccanografico Scuola Infanzia PD1A01600N - Cod. Meccanografico Asilo Nido Integrato PD00040
C.F. 92028510284 - Partita IVA 03382990285
www.scuolainfanziaferri.it



**Scuola dell'Infanzia e Asilo Nido Integrato
"GIOVANNI XXIII"**

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITA' Di SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ **al** _____

Eventuali effetti collaterali _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Il _____ Data _____

Firma del pediatra di libera scelta/Specialista



**Scuola dell'Infanzia e Asilo Nido Integrato
"GIOVANNI XXIII"**

LIBERATORIA

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome

genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	Il
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

Autorizzano

Sotto la propria responsabilità alla somministrazione dei farmaci prescritti dal Medico di base/Medico Specialista _____ al proprio figlio affetto da _____ come da certificato allegato, durante l'orario di permanenza a scuola.

Si impegnano a comunicare qualsiasi variazione della terapia farmacologica.



**Scuola dell'Infanzia e Asilo Nido Integrato
"GIOVANNI XXIII"**

Sollevano

Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco, il personale che effettua la somministrazione.

Data _____

Firma dei genitori

PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'