

Direzione Istruzione

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE IL CENTRO ESTIVO**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)**

Preso atto della richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SOTTO INDICATO, DA PARTE DI  
PERSONALE NON SANITARIO DURANTE LA FREQUENZA AL CENTRO ESTIVO,  
AL BAMBINO/A**

Nome  Cognome   
data di nascita  residente a   
frequentante il Centro Estivo nel Quartiere   
presso la scuola  dal  al

**FARMACO PRESCRITTO**

Nome commerciale del farmaco   
modalità di somministrazione   
orario: 1° dose  2° dose  3° dose  4° dose   
durata della terapia dal  al   
modalità di conservazione del farmaco

note


data

Firma e timbro del Pediatra  
o del medico di Medicina Generale