**AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRARE MEDICAMENTI**

**Da allegare il certificato medico**

Io sottoscritta/o …………………………………………………………………., **mamma o papa di** ……………………………………………. , **autorizzo** Il Nido Il Ciliegio a somministrare questo medicamento………………………………………… come spiegato:

* **. orari:** mattina: pranzo: pomeriggio:
* **. quantità di medicamento:**
* . **data inizio e fine cura**: dal giorno: al giorno:

FIRMA: