



Asilo nido IL CILIEGIO

AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRARE MEDICAMENTI



Da allegare il certificato medico

Io sottoscritto/a , **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: