



Asilo nido IL CILIEGIO

## AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRARE MEDICAMENTI



**Valido unicamente in presenza di un certificato medico**

I sottoscritti genitori di ..... (nome e cognome)

**autorizzano** Il Nido Il Ciliegio a somministrare il seguente medicamento:

..... ( )

Secondo la seguente posologia:

- **Orari:** mattina:                      pranzo:                      pomeriggio:
- **Quantità di medicamento:**
- **Data inizio e fine cura:**      dal giorno:                      al giorno:

Allegato:

- Certificato medico del .....

Luogo, data .....

Firma genitori .....