

***Teverola lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***OGGETTO: AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEDICINALI.***

***Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Madre/Padre dell’alunn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.***

***AUTORIZZO***

***Il personale della scuola “New Andersen School” a somministrare a mi\_ figli\_ le medicine da me portate come primo soccorso.***

 ***In fede***

 ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***