



MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI CONVULSIONI – EPILESSIA

Al Dirigente Scolastico,

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di

GENITORE  TUTORE  \_\_\_\_\_

dell'alunno/a ..... frequentante la classe.....

della Scuola..... nell'anno scolastico.....

telefono fisso.....

telefono cellulare ..... di .....

telefono cellulare ..... di .....

come previsto dal "regolamento per la somministrazione dei farmaci a scuola" presente all'albo di istituto (albo web)

preso atto dal Dirigente Scolastico della presenza di personale scolastico disponibile a:

- somministrazione di farmaco antifebbrile
 somministrazione farmaco antiepilettico per os
 somministrazione di microclisma di Diazepam in corso di crisi convulsiva
 altro (specificare) .....

richiede la somministrazione del farmaco, in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/ certificazione allegata.

Si impegna a fornire il materiale necessario ed il farmaco ed alla verifica della scadenza e sostituzione degli stessi.

- Allega Prescrizione/Certificazione Medica
•

Data \_\_\_\_\_

firma dei genitori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il presente modulo deve essere presentato presso l'URP (segreteria) e protocollato agli atti della scuola



## Liceo Artistico “Renato Cottini”



via Castelgomberto, 20 Torino Tel. 01132.41.252 e-mail: [tosl020003@istruzione.it](mailto:tosl020003@istruzione.it) sito: [www.liceocottini.it](http://www.liceocottini.it)