



**Scuola dell'Infanzia e Nido Integrato**  
**“ GIOVANNI XXIII “**

# **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Gentili genitori,

i bambini che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico, devono fare richiesta alla scuola, compilando e riconsegnando i seguenti moduli:

- **Modulo A** (Modulo richiesta) corredato del certificato del medico curante
- **Modulo B** (Prescrizione del medico curante alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico).
- **Liberatoria**

**Si ricorda che la mancata produzione della documentazione richiesta non darà luogo a nessuna somministrazione del farmaco, sarà pertanto premura della famiglia consegnare prima dell'inizio della frequenza scolastica del bambino quanto richiesto.**

Vi ringraziamo per la collaborazione.



## Scuola dell'Infanzia e Nido Integrato " GIOVANNI XXIII "

### MODULO A

#### RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome
----------------

genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	Il
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

**E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI COME DA ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA**

**RILASCIATA in data \_\_\_\_\_ Dal Dott. \_\_\_\_\_**

**Si precisa che LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO E' FATTIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO E DI CUI SI AUTORIZZA FIN DA ORA L'INTERVENTO.**

**Firma dei genitori**

\_\_\_\_\_

PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

Parrocchia Annunciazione B.V. Maria - Via San Gregorio Barbarigo, 12 - Ferri 35020 Albignasego (PD)

Telefono/Fax 049 710329 - PEO [materna.ferri@fismpd.it](mailto:materna.ferri@fismpd.it) - PEC [scuolaferri@pec.fismpadova.it](mailto:scuolaferri@pec.fismpadova.it)

C.F. 92028510284 - Partita IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola PD1A01600N

[www.scuolainfanziaferri.it](http://www.scuolainfanziaferri.it)



## Scuola dell'Infanzia e Nido Integrato " GIOVANNI XXIII "

### MODULO B

#### PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DELLO SPECIALISTA  
VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA'

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI DA PARTE DI PERSONALE NON  
SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO PER L'ALUNNO/A**

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	Il
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

#### DEL SEGUENTE FARMACO

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_



## Scuola dell'Infanzia e Nido Integrato " GIOVANNI XXIII "

**ORARIO** 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

**Durata della terapia dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**Eventuali effetti collaterali** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione del farmaco** \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

---

Il \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del pediatra di libera scelta/Specialista

\_\_\_\_\_



## Scuola dell'Infanzia e Nido Integrato " GIOVANNI XXIII "

### LIBERATORIA

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome
----------------

genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	Il
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

### Autorizzano

Sotto la propria responsabilità alla somministrazione dei farmaci prescritti dal Medico di base/Medico Specialista \_\_\_\_\_ al proprio figlio affetto da \_\_\_\_\_ come da certificato allegato, durante l'orario di permanenza a scuola.

Si impegnano a comunicare qualsiasi variazione della terapia farmacologica.

### Sollevano

Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco, il personale che effettua la somministrazione.

Data \_\_\_\_\_

### Firma dei genitori

\_\_\_\_\_



## Scuola dell'Infanzia e Nido Integrato " GIOVANNI XXIII "

PADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'

MADRE O CHI ESERCITA LA POTESTA'