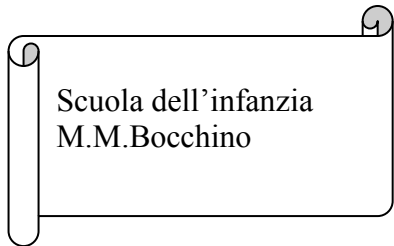


Cognome nome del bambino



Canelli, il _____

Il/la sottoscritto/a _____
Autorizza, sotto la propria responsabilità, la
Scuola dell'infanzia "M.M.Bocchino", a
somministrare al/alla proprio/a figlio/a i seguenti
medicinali, con i rispettivi dosaggi ed orari di
somministrazione:

I genitori

La Direttrice