



a g e s c i

associazione guide e scout cattolici italiani

Gruppo Folignano 1

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE LE ATTIVITA' ASSOCIATIVE

Somministrazione a minorenni

Io sottoscritto

Genitore/tutore di

Iscritto al gruppo scout AGESCI Folignano 1 e all'Associazione Italiana Castorini

AUTORIZZO

I capi unità e i capi adulti accompagnatori dell'unità alla somministrazione al minorenne sopra indicato di terapia farmacologica secondo le indicazioni riportate nell'allegato alla presente e sollevo gli stessi da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegato.



a g e s c i

associazione guide e scout cattolici italiani

Gruppo Folignano 1

| FARMACO | CASO DI SOMMINISTRAZIONE | DOSI | ORARI DI SOMMINISTRAZIONE | DURATA DI SOMMINISTRAZIONE | MODALITA' DI CONSERVAZIONE |
|---------|--------------------------|------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Data,

Per autorizzazione
Firma del genitore/tutore

Note:
Tale autorizzazione ha la validità specificata dalla durata della terapia.
I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra, con il nome del minorenne indicato sulla confezione stessa e lasciati in custodia ai capi unità per tutta la durata della terapia.
