



MODULO CONSENSO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____ genitori o esercenti
la patria potestà sul minore _____
nato il ____/____/____ a _____
iscritto/a al _____ camp, dal ____ al ____/____

DANNO IL CONSENSO

al Coordinatore del camp Sig. _____ a
somministrare i seguenti farmaci al minore: (indicare i farmaci):

Nome farmaco _____ Dose _____

Modalità di somministrazione _____

Nome farmaco _____ Dose _____

Modalità di somministrazione _____

sollevando altresì gli Organizzatori da ogni responsabilità.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma

Genitore o esercente la patria potestà

Madre _____

Padre _____

**Firma
Coordinatore**
