



Il/La sottoscritto/a _____ genitore della convivente _____
indica a quali medicinali fa ricorso la propria figlia in presenza dei seguenti sintomi:

- Nausea _____
- Vomito _____
- Dolori addominali _____
- Dolori gastrici _____
- Diarrea _____
- Stipsi _____
- Dolori mestruali _____
- Dolori muscolari _____
- Mal di testa _____
- Eruzione cutanea _____
- Rinite allergica _____
- Tosse secca _____
- Tosse grassa _____
- Mal di gola _____
- Febbre (37 - 38,5°) _____
- Febbre (oltre 38,5°) _____
- Oftalmia _____
- Altro (specificare sintomo e medicamento) _____

Per tutte le casistiche non comprese nel soprastante elenco si ricorda che la somministrazione dei farmaci puo' essere fatta solo mediante richiesta medica e autorizzazione dei genitori, entrambe da inviare via fax al n° 055 2298085.
Si ricorda inoltre che non saranno valide le autorizzazioni telefoniche salvo reali situazioni contingenti.

data, _____

Firma _____

Firma e timbro del medico _____