

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

Il sottoscritto _____ genitore del bambino _____
nato il _____ nato a _____ residente a _____

CHIEDE

Che siano somministrati al minore i farmaci salvavita in caso di necessità.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (obbligatoria)

AUTORIZZA

alla somministrazione dei farmaci indicati i collaboratori di asd Spooky Sport (privi di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica), **sollevando** gli stessi da responsabilità civili e penali derivanti, sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione, sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore .

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE

SINTOMATOLOGIA PER CUI SOMMINISTRARE IL FARMACO: _____

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO: _____

VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

QUANTITA' DEL FARMACO: _____

TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE: _____

DURATA DELLA TERAPIA: _____

CONSERVAZIONE: _____

EFFETTI INDESIDERATI: _____

ALTRO: _____

Numeri di telefono utili: Medico Curante: Dott. _____ Cell. _____

Mamma cel _____ Papà cel _____ Altro _____

Data, _____ Cognome e Nome Genitore _____

Firma Genitore _____