



Io sottoscritto _____ , madre/padre;
 fratello/sorella;
 altro (*specificare*) _____ .

AUTORIZZO

i Capi Scout del Gruppo AGESCI Brescia 13

alla custodia ed all'eventuale somministrazione della terapia farmacologica di

(Nome e Cognome di chi deve prendere il/i farmaco/i)

NOME DEL FARMACO	DOSI E TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE

Data, _____ Firma, _____

ALLERGIE	CIBI DA EVITARE	NOTE PARTICOLARI

Data, _____ Firma, _____

È vostra facoltà consegnare ai Capi Scout la terapia con questo foglio compilato e firmato al momento della partenza, **Grazie**.