

INTESTAZIONE Scuola

REGISTRO INDIVIDUALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A.S. _____

Nome e Cognome dell'allievo/a _____ Classe _____

Tipo di somministrazione (occasionale, quotidiana, di emergenza) _____

Nome del Farmaco _____ Scadenza _____

Luogo di conservazione _____

Data somministrazione	Ora	Quantità somministrata	Nome e cognome somministratore	Firma somministratore	Note