

REGISTRO DI SOMMINISTRAZIONE in EVENTI CRITICI in alunni affetti da PATOLOGIE CRONICHE

anno/a _____ diagnosi _____
 scuola _____ classe _____ a.s. _____ distretto _____

DATA ORA	EVENTO	Farmaco somministrato /Intervento	Esito dell' evento	FIRMA OPERATORE Nome e cognome a stampatello e firma

Da consegnare a fine anno scolastico al medico di Medicina Preventiva
 Recapito Telefonico : _____ mail _____ FAX: _____