Allegato 6

**Registro (carico e scarico) da compilare ogni volta che viene somministrato il farmaco**

All’alunno -------------- plesso --------------- Classe ------------- a.s. **2018/2019**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data di ricevuta dei farmaci | Quantità dose | Firma del genitore |
|  |  | Firma del responsabile della custodia |
| Giorno | Ora | Quantità | Responsabile della somministrazione | firma |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |