

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
dell'ISC "Via Ugo Bassi"
Civitanova Marche

sede
اسکول کے اوقات میں بچہ/بچی کو دوائی/ادویات دینے کی درخواست

Oggetto: richiesta di somministrazione farmaci in orario scolastico

زیر دستخطی (والدین کے نام)

طالب/طالبہ کا نام

جگہ پیدائش

تاریخ پیدائش

موجودہ رہائشی شہر کا نام

رہائشی پتہ (via)

سیکشن اور کلاس

اسکول کا نام

بچہ/بچی نابالغ ہے اور اسے _____ کی بیماری ہے

درخواست کرتے ہیں کہ اس کو اسکول کے اوقات میں اسکول میں لگا کر دے والے اشخاص
کے ذریعے میڈیکل سرٹیفکیٹ جو کہ مورخہ _____ (in data) کو جاری کیا گیا ہے

میں بتائی گئی دوائی/ادویات دی جائیں۔

یہ سرٹیفکیٹ ڈاکٹر کا نام (Dottor) _____ کا جاری کردہ ہے

تاریخ

والدین کے دستخط