



FULL D'AUTORITZACIÓ DE MEDICACIONS PREVISTES I DIÀRIES

SOL·LICITO al CEE La Ginesta i AUTORITZO al seu personal docent i/o educadors que
administrin al meu fill/-a _____

la medicació següent de la forma indicada a continuació:

NOM MEDICAMENT: _____

DOSI: _____

HORA: _____

DURADA DEL TRACTAMENT: _____

NOM MEDICAMENT: _____

DOSI: _____

HORA: _____

DURADA DEL TRACTAMENT: _____

NOM MEDICAMENT: _____

DOSI: _____

HORA: _____

DURADA DEL TRACTAMENT: _____

**** En cas que tingui medicació de rescat ****

NOM MEDICAMENT: _____

DOSI: _____

HORA: _____

DURADA DEL TRACTAMENT: _____

És obligatori adjuntar prescripció facultativa.

Signatura dels pares o tutors:

Data _____

