



AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo, _____
amb número de DNI _____ com a pare / mare / tutor/a legal de
l'alumne/a _____
_____ del curs _____

Autoritzo a l'equip de mestres o monitors/es de l'escola Marinada a administrar
el/la meu/va fill/a _____.

El següent medicament:

Nom del medicament : _____

Dosificació : _____

Hora : _____

Dia : _____

Signatura del pare, mare, tutor o tutora legal.

Barcelona, _____ de _____ de 20

