



C/ Carme, 1
08720 VILAFRANCA DEL PENEDÈS
Tel. 93-892 08 13 Fax. 93-892 43 04
Correu electrònic: ceipestalella@centres.xtec

El Sr./ La Sra. _____ com a mare, pare o
tutor/a de _____, sol·licito que, sota la meva
responsabilitat i seguint prescripció mèdica, sigui administrat al meu fill/a el següent
medicament:

Nom del medicament: _____

Dosificació: _____

Horari d'administració: _____

Dies d'administració: _____

Nom del pediatre que l'ha receptat: _____

Diagnòstic: _____

Data i signatura del pare, mare o tutor