



AUTORITZACIÓ A L'ESCOLA PER ADMINISTRAR MEDICAMENTS

Nom i cognoms de l'alumne/a	
Nom i cognoms del pare/mare/tutor que autoritza	
DNI pare/mare/tutor	
Nom medicament	
Administració Especificar dosis i horari	
Lloc conservació medicament. Temperatura ambient o nevera	
Altres observacions	
Signatura	
Data autorització	Esclanyà, a ____ de _____ de 201__