



JOCS I TAULA

AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

EN/NA.....AMB DNI.....

PARE, MARE O TUTOR DE L'ALUMNE/A.....CURS.....

AUTORITZO L'ADMINISTRACIÓ DE:

. MEDICAMENT:.....

. DOSI.....

. HORA.....

. DURADA DEL TRACTAMENT:.....

Cal estar conservat en fred:

SI

NO

Retornar el medicament cada dia?

SI

NO

Monitor responsable:.....

DATA:.....

JOCS I TAULA

SIGNATURA