Escola Sant Pere

Monistrol de Montserrat

En/na :…………………………………………………………………………….amb DNI :……………………………

Com a pare/mare/tutor, autoritzo a administrar al meu fill/a :………………………..

………………………………………………………….. la següent medicació:

|  |  |
| --- | --- |
| Data: |  |
| Nom del medicament: |  |
| Dosi: |  |
| Hora: |  |

Recordeu que aquesta autorització ha d’anar acompanyada d’una fotocòpia de la pertinent **prescripció del metge**. De no ser Així no podrem administrar cap tipus de medicació.

Signatura