**AUTORITZACIÓ MEDICACIÓ VIATGE PRAGA ‘17**

Jo..................................................................................................amd DNI núm. .................................... com a pare / mare / tutor/a de/la nen/a informo que l’alumne ................................................ s’administra el/s medicament/s que s’adjunta amb les dosis i les hores que s’indiquen en la mateixa recepta:

**Nom medicació:**

**Dosis:**

**Hores:**

**Observacions:**

**Data: Arenys de Mar**, a ................... de Març de 2017

CAL ADJUNTAR

**CAL ADJUNTAR FOTOCÒPIA DE LA RECEPTA ON FIGURI:**

* **EL NOM DEL NEN/A**
* **LA MEDICACIÓ A PRENDRE (DOSI I HORES)**
* **EL NÚMERO DE COLEGIAT DEL METGE**

**\* EN CAS DE PRODUCTE HOMEOPÀTIC CAL ADJUNTAR FULL EL NOM DEL NEN/A, NOM DE PRODUCTE, DOSIS, NOM DE LA BOTIGA I SIGNATURA DE LA PERSONA QUE HO HA RECOMANAT**

* **CAL RETORNAR AQUEST FULL SIGNAT ADJUNTANT LA RECEPTA ABANS DEL 20 DE MARÇ.**