

FULL MEDICACIÓ

Nom del pare/mare _____

Demano que se li administri al meu fill/a _____
del curs _____ la medicació que s'especifica a continuació:

Nom del medicament _____

Indicació del tractament _____

Hora d'administració _____

Dosis _____ (s'ha de portar la dosi exacta de cada dia)

Durant quants dies _____

Cal posar-lo a la nevera _____ (si o no)

Observacions:

Data:

Signatura pare/mare o tutor

(En tots els casos CAL ADJUNTAR LA RECEPTA MÈDICA)