

AUTORITZACIÓ MEDICACIÓ

(Empleneu només si és necessari)

En relació a l'alumne/a de la
classe **DEIXEM CONSTÀNCIA DE LA SEGÜENT INFORMACIÓ:**

SOL·LICITEM li sigui administrada la següent medicació al nostre/a fill/a:

MEDICAMENT:

DOSI: HORARI

DIES / TOT EL CURS:

Cal adjuntar la fotocòpia de la prescripció mèdica

Signatura del tutor 1
DNI:
Parentiu:

Signatura del tutor 2
DNI:
Parentiu:

Viladecans, a de de 20.....