

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na amb DNI o passaport núm ,
en la condició de pare, mare o tutor/a legal de ,
autoritzo que el meu fill/a, sota la meva responsabilitat i seguint prescripció mèdica, li
sigui administrat la medicació indicada en horari d'escola:

Nom del medicament:

Dosificació:

Horari d'administració:

Dies d'administració:

CAL AFEGIR LA RECEPTA MÈDICA AMB EL NOM DEL MEDICAMENT I LA PAUTA A SEGUIR

Signatura del responsable

Pacs del Penedès, de del 201....