



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

Nom del nen/a _____

Nom de la medicació _____

Quantitat _____

Horari _____

Nombre de dies _____

Data _____

Nom del pare/mare/tutor _____

D.N.I. _____

Signatura

Nota: Us recordem que el recurs de donar medicació a l'escola s'ha d'utilitzar només en casos de necessitat veritable. És aconsellable que els nens facin els tractaments a casa amb el control dels pares.