



AUTORITZACIÓ MEDICACIÓ

En/Na..... amb DNI....., com a tutor/a
legal de l'infant

DEMANO QUE

Per donar continuïtat al tractament que està fent el/la meu/meva fill/a li
doneu el medicament a l'hora i amb la
següent dosi des del dia fins al
dia..... .

Signatura,

Vilobí del Penedès, de 20.....