

ESCOLA PARE POVEDA

## ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En /Na: \_\_\_\_\_ com a pare/mare tutor/a  
del nen/a \_\_\_\_\_ del curs \_\_\_\_\_

Autoritzo a que li sigui administrada la següent medicació:

Producte: \_\_\_\_\_

Dosi: \_\_\_\_\_

Horari: \_\_\_\_\_

Des de el dia \_\_\_\_\_ fins al dia \_\_\_\_\_

\*Adjunto preinscripció facultativa.

Signatura:

Barcelona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_