



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

Curs 2021-2022

En/na:.....amb DNI.....,
com a pare/mare/tutor legal, autoritzo al monitor/a del menjador a
administrar al meu fill/a:.....la
següent medicació:

Nom del medicament:
Dosi:
Dates i horari:

Signatura pare/mare/tutor

En.....a.....de.....de 202
