

Autorització materna/paterna d'administració de medicaments: Menjador

El Sr/Sra _____

amb DNI _____ com a pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

del curs _____

DEMANO a la directora que autoritzi, a la persona **coordinadora del servei de menjador**,
l'administració del medicament que es detalla al meu fill/a:

MEDICAMENT:

DOSI:

HORARI:

DATA INICI DE TRACTAMENT:

DATA FINAL DE TRACTAMENT:

Signatura del pare, mare o tutor/a de l'alumne/a

Lloc i data: Martorelles, _____ de _____ de 202__

***IMPORTANT:** El centre no administrarà cap medicament sense l'informe mèdic que ho acrediti.