

AUTORITZACIÓ A L'ESCOLA PER ADMINISTRAR MEDICAMENT

En/Na amb DNI..... com a pare/mare o tutors

AUTORITZA QUE DURANT EL PERÍODE:

Data inici:

Data de finalització :

ADMINISTRI EL MESTRA TUTOR/A:..... EL SEGÜENT MEDICAMENT

Nom i cognoms de l'alumne	
Nom i cognoms pare/mare /tutor que autoritza	
DNI Pare/mare/tutor	
Nom del medicament	
Administració Especificar dosis i horari	
Lloc de conservació del medicament Temperatura ambient o nevera	
Altres Observacions	
Signatura	
Data d'autorització	Vandellòs, de de