



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

El Sr./aamb DNI i
com a pare/mare o tutor/a legal de l'alumne/a.....,
de la classe , autoritza a administrar el següent medicament:

NOM DEL MEDICAMENT:

DOSI QUE HA DE PRENDRE:

HORA:

DATA DE COMENÇAMENT:

DATA D'ACABAMENT:

SIGNATURA DEL PARE/MARE/o TUTOR

NOMÉS S'ADMINISTRARAN MEDICAMENTS **SI S'AJUNTA LA RECEPТА** DEL
DOCTOR O LA DOCTORA ON S'INDIQUI CLARAMENT LA PAUTA.

Moltes gràcies.