



AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

Sol·licitud d'autorització

En/Na _____, amb DNI _____

autoritzo i demano a l'escola, que li sigui subministrat a l'alumne/a

el següent medicament:

Posologia

Dosi: _____

Horari: _____

Dies o durada del tractament: _____

Observacions:

Signatura del pare, mare o tutor/a

Sant Joan Despí, ____/____/____