



AUTORITZACIÓ DE MEDICACIÓ

Jo, _____ amb DNI/NIE _____

com a mare/ pare/tutor/a legal de _____ del curs _____

AUTORITZO que el mestre/a tutor/a o persona responsable en aquell moment, administri al meu fill/filla,
la següent medicació:

Producte: _____

Dosi: _____

Horari : _____ fins al dia : _____

L'Escola L'Era de Dalt, queda totalment exclosa de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura pare/mare/tutor/a legal

Tona, ____ de _____ de _____