



AUTORITZACIÓ PER DONAR MEDICAMENTS

Jo.....com a mare/ pare o tutor/a legal del
meu fill/a.....,

Dono el permís a l'escola i al tutor o tutora del meu fill/a perquè administri el següent
medicament:

el dia o dies.....a les.....hores,

amb la següent dosi.....;

i ADJUNTO LA RECEPTA DEL METGE.

Data i Signatura