

.....amb DNI.....

pare/mare de.....

que pateix(DIAGNÒSTIC MALALTIA) ,

autoritzo que se li administri(NOM DEL MEDICAMENT)

quan sigui necessari. Així mateix, allibera de tota responsabilitat la persona que l'hi hagi administrat en el cas, molt improbable, que aparegui alguna complicació relacionada amb la seva administració.

Serà responsabilitat meua aportar l'informe del metge, explicant els símptomes i protocol d'actuació en cas d'urgència, així com el control de caducitat i reposició del

.....(NOM DEL MEDICAMENT)

.....,.....,.....d.....de.....

(signatura)

DIRECCIÓ DEL CENTRE.....