

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

Jo,, amb DNI núm
pare/mare/tutor/a de l'alumne/a del curs
....., demano que li sigui administrat el medicament
..... per la malaltia o tractament següent
.....

Dosi:

Horari:

Dies:

Precisa nevera:

Cal adjuntar la recepta o prescripció mèdica.

Signatura,

Granollers, de de