



AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Com a Pare/Mare tutor/a de l'alumne/a:.....

Autoritzo a la mestra/es de l'administració de medicaments seguint les indicacions:

MEDICAMENT:

DOSI:

QUAN L'HA DE PENDRE:

CAL PORTAR TAMBÉ LA RECEPTA DEL METGE

Signatura del pare/ mare/ tutor de l'alumne/a:_____