



Autorització subministrament de medicaments

Nom i cognoms del pare, mare o tutor o tutora legal de l'alumne o alumna

DNI/NIE/Passaport

Nom i cognoms de l'alumne o alumna

Nivell

Autoritzo a l'equip docent i personal del centre a administrar-li la següent medicació:

- Nom del medicament _____
- Dosi _____
- Dies _____
- Horari _____

Adjunto recepta mèdica

Lloc i data

Signatura del pare, mare o tutor o tutora legal de l'alumne o alumna
