

AUTORITZACIÓ SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

En/Na.....com a
mare/pare/tutor/a de
l'alumne/a.....sota la meva
responsabilitat, demano i autoritzo expressament a l'equip docent de l'Escola Bressol Pam i
Toc de Flix perquè administri al meu fill/a la següent medicació:

Producte/Nom medicament:.....

Format del medicament (gotes, xarop, pomada...):.....

Dosi/quantitat:.....

Horari:.....

Calendari: des del dia..... fins el dia.....

Aquesta medicació ha estat indicada pel pediatre/especialista:

Dr./Dra. Per un
diagnòstic de:

.....

Així mateix, exoneró a l'Escola Bressol Pam i Toc de Flix de tota responsabilitat pels efectes
directes i/o indirectes que aquesta medicació pugui ocasionar al meu fill/a.

ADJUNTO RECEPTE MÈDICA

Signat:

Flix, de de 20.....