



SOL·LICITUD ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Sol·licito que li doneu medicament en horari escolar segons les indicacions de la recepta mèdica.

Alumne/a	
Medicament	
Hora d'administració	
Dosi	

Pare/mareDNI

Autoritza el personal de l'escola perquè administri el medicament abans esmentat.

Signatura

Data



SOL·LICITUD ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Sol·licito que li doneu medicament en horari escolar segons les indicacions de la recepta mèdica.

Alumne/a	
Medicament	
Hora d'administració	
Dosi	

Pare/mareDNI

Autoritza el personal de l'escola perquè administri el medicament abans esmentat.

Signatura

Data