

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Sr./a _____ amb DNI _____ pare/mare/tutor legal de l'alumne/a _____ autoritzo que li sigui administrada la medicació que consta en la recepta adjunta i on especifico la dosi i l'hora.

Signatura de la mare, el pare o el tutor/a legal:
Sabadell, _____ de setembre de 20 _____

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Sr./a _____ amb DNI _____ pare/mare/tutor legal de l'alumne/a _____ autoritzo que li sigui administrada la medicació que consta en la recepta adjunta i on especifico la dosi i l'hora.

Signatura de la mare, el pare o el tutor/a legal:
Sabadell, _____ de setembre de 20 _____