

## FULL D'AUTORITZACIÓ MEDICACIÓ

CURS 2020 - 2021

En/na:

com a pare, mare o tutor de:

SOL·LICITO als professionals del C.E.E. BALMES I que administrin la següent medicació:

DURADA TRACTAMENT:

**MEDICAMENT**

**HORA**

**DOSI**

**\*CAL ADJUNTAR RECEPTA MÈDICA\***

Signatura del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a:

X

Nom i Cognoms

Data: