

AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

Recordem que prendre un medicament dins l'horari escolar ha de ser excepcional

El/la Sr/Sra. _____
pare, mare, tutor/a legal del/la alumne/a _____
del curs _____

AUTORITZACIÓ:

A qualsevol mestre/a o monitor/a del personal de l'escola a administrar el medicament: _____

- Hora: _____
- Dosi: _____
- Durada: _____

Marcar amb una X els dies.

	Dilluns
	Dimarts
	Dimecres
	Dijous
	Divendres

Motiu de l'administració del medicament: _____

Molins de Rei, de de 202

Signatura

Cal també que s'indiqui el nom de l'alumne, hora i dosi a l'envàs del Medicament.