

AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

Sota la meva responsabilitat, ordeno que li administreu al/la meu/meva fill/a

.....

la següent medicació:

Producte:

Dosi:

Horari: A les hores.

Calendari: Des del dia fins el dia

Indicada pel facultatiu Dr./Dra.:

Per un diagnòstic de:

L'Escola Can Clos queda totalment exclosa de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura i DNI:

Barcelona, de..... de 20.....