



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Escola Antoni Tàpies

Carrer Pau Claris 6-8
08830 Sant Boi de Llobregat
Tel. 93 654 11 54
a8038259@xtec.cat
www.escolaantonitapies.cat

Sota la meua responsabilitat sol·licito que administreu al meu fill/a:

_____, la següent medicació:

Nom del medicament: _____

Dosi i horari:

Calendari: des del dia _____ fins el dia _____

Indicada pel pediatre Dr. _____

per un diagnòstic de _____

amb el ben entès que qualsevol responsabilitat que es pogués derivar d'aquest fet és assumida per mi.

Signatura

Nom: _____

Data: _____