



ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA

En/Na _____ amb DNI _____ com a
pare/mare o tutor/a legal de l'alumne/a _____ i sota
la meva responsabilitat sol·licito que administreu al meu fill/a la següent medicació:

- Nom del medicament: _____
- Dosificació: _____
- Horari: _____

- Calendari: des del dia: _____ fins al dia _____
- Indicada pel pediatre Dr/a: _____

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

Signatura del pare/mare/tutor/a legal:

Sant Boi de Llobregat, ____ del _____ de 202