

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____, com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____ del curs de _____, autoritzo que el personal de l'Escola El Dofi administri al meu fill/a la medicació indicada a continuació.

NOM DEL MEDICAMENT	DOSI	HORARI	DURADA

Observacions:

Premià de Mar, ____ d _____ de 20__

Signat (pare, mare o tutor/a)

AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na _____, com a pare, mare o tutor/a de l'alumne/a _____ del curs de _____, autoritzo que el personal de l'Escola El Dofi administri al meu fill/a la medicació indicada a continuació.

NOM DEL MEDICAMENT	DOSI	HORARI	DURADA

Observacions:

Premià de Mar, ____ d _____ de 20__

Signat (pare, mare o tutor/a)