



AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Dades de l'alumne o alumna i dels pares, mares o tutors

Nom i cognoms de l'alumne o alumna

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

DNI/NIE/Passaport

Autoritzo al/a mestre/a a donar al meu fill/a els següents medicaments:

NOM DEL MEDICAMENT: _____

DOSIS / QUANTITAT: _____

HORARI: _____

DEL DIA: _____ AL DIA: _____

Canovelles, el ____ de _____ de 20__

Signat pare/mare/tutor/a



AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Dades de l'alumne o alumna i dels pares, mares o tutors

Nom i cognoms de l'alumne o alumna

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a

DNI/NIE/Passaport

Autoritzo al/a mestre/a a donar al meu fill/a els següents medicaments:

NOM DEL MEDICAMENT: _____

DOSIS / QUANTITAT: _____

HORARI: _____

DEL DIA: _____ AL DIA: _____

Canovelles, el ____ de _____ de 20__

Signat pare/mare/tutor/a