



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS:

Nom i cognoms de l'alumna/e: _____

Nivell educatiu (classe): _____

Nom i cognoms de la mare, pare o tutor legal: _____

Document identificatiu de la mare, pare o tutor legal: _____

AUTORITZO:

Que el meu fill/a li sigui administrat el següent medicament

Medicament: _____

Dosi: _____ **Dia i hora:** _____

Observacions: _____

A l'Hospitalet de Llobregat, ____ de _____ de 202__

Signatura del pare, mare o tutor/a de l'alumna/e

SIGNATURA

C/Arquitectura, 10 ■ 08908 Hospitalet de Llobregat ■ Tel 933324639/648404164
■ agora.xtec.cat/escolafmistrall/