



AUTORITZACIÓ SUMNISTRAMENT DE MEDICAMENTS

Sr/Sra.....(pare,
mare o tutor/a legal) de l'alumne/a.....

Autoritzo que se s'administri la següent medicació:

Nom del medicament:

Dosi :

Hora d'administració: durada del tractament:

Signatura:

(X)

Data

Sabadell, de/ d'202

CAL ADJUNTAR LA PRESCRIPCIÓ MÈDICA