



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ MEDICAMENTS

En/Na _____ amb DNI _____ com a mare,
pare o tutor de l'alumne/a _____ de _____ curs.

AUTORITZO A: L'Escola Dr. Joaquim Salarich (en la persona que delegui) a administrar:

el medicament _____

cada _____ fins el dia _____.

Vic, ____ de _____ de _____

Signatura del pare, mare o tutor/a