



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

CURS: 20__-20__

En/Na

amb DNI

AUTORITZO a l'escola per subministrar el medicament

al meu fill/a la meva filla

DOSI:

HORARI:

Signatura tutor/a legal

Collbató,

Podeu omplir l'autorització digitalment i enviar-la al correu

escolalasalut2@gmail.com, informant per telèfon prèviament al centre.