



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS

(cal adjuntar la recepta del metge a aquesta autorització)

En/Na..... amb DNI.....

pare/mare/tutor legal de.....

del cursautoritzo al personal de l'Escola Les Llisses a

donar, al meu fill/filla el següent medicament:

Nom del medicament:.....

Dosi:.....

Hora d'administració:.....

Data Inici:.....

Data final:.....

Cal Guardar-lo a la nevera? Si No

Lliçà de Vall,de..... de 201 .

SIGNATURA pare/mare/tutor