



## AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

En /Na ..... com  
a familiar legal de l'infant .....  
autoritzo a l'entitat "AFA Mansuet" per tal que pugui donar el següent  
medicament.

NOM DEL MEDICAMENT:

.....

DOSI: .....

HORARI: .....

Signatura:

**Aquest document no serà vàlid si no va acompanyat de la recepta mèdica.**