



AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS (NOMÉS EN CAS DE NECESSITAT)

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.