

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Jo, pare/mare/tutor/a de l'alumne
..... del curs

Autoritzo a què li sigui administrada la següent medicació:

Medicament:

Dosi:

Horari:

Des del dia al dia

***S'adjunta preinscripció facultativa**

Signatura pare/mare o tutor/a legal

Barcelona,de.....de 20.....