



AUTORITZACIÓ SUBMINISTRAMENTS MEDICAMENTS

L'Hospitalet de Llobregat, adede 20 . .

En/na amb DNI,

com a mar/pare/tutor legal, autoritzo al responsable del meu fill

. a subministrar el medicament següent seguint les
instruccions que a continuació concreto durant l'estona de migdia.

Nom del medicament

Tipus d'aplicació Dosi

Horari Durada del tractament

*Aquest document ha d'anar acompanyat de la recepta mèdica del metge.

Signatura pare o mare