

AUTORITZACIÓ SUBMINISTRAMENT MEDICAMENTS AMB PRESCRIPCIÓ MÈDICA

Durant els dies _____ cal que
subministreu a l'infant _____ del grup
_____, el següent medicament: l'escola.

Hora d'administració	Nom del medicament	Dosi

En cas que s'hi hagi de prendre més d'un dia, cal retornar el
medicament cada dia? Sí No

Cal adjuntar la **prescripció mèdica**.

Signatura del pare/mare/tutor

Telèfon de contacte: _____

L'Hospitalet de Llobregat, _____ de _____ de 20__