



MODEL D'AUTORITZACIÓ
DE SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENT

En/Na _____ pare/mare o tutor

amb D.N.I n° _____

de l'alumne _____

del curs _____

autoritzo al personal de l'escola J.M Sagarra a administrar al meu fill/filla el següent
medicament:

Dia	Hora d'administració	Nom del medicament	Dosi

DURADA DEL TRACTAMENT _____

Signatura del pare, mare o tutor legal