



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

(Cal adjuntar la recepta mèdica)

En/na _____

amb DNI _____, com a pare/mare/tutor de l'alumne

_____ del curs _____,

autoritzo el personal d'aquest centre escolar a que administri el fàrmac que a continuació es detalla i que ha estat degudament prescrit pel seu metge:

Nom del medicament	Dosi	Horari

Signatura:

Caldes d'Estrac, _____ de _____ de 2 _____