**PERMÍS PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

Alumne/-a:

……………………………………………………………………………….

Curs:

 ………………………………….……………………………………………

Nom del medicament:

………………………………….……………………………………………

Dosi que ha de prendre:

………………………………….……………………………………………

Hora:

………………………………….……………………………………………

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

 Signatura del pare/mare/tutor-a