



AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS INFORMACIÓ AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES

En/na.....amb DNI/NIE/Passaport.....,
 pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a, AUTORITZO que seguint les
 indicacions de la prescripció i/o informe mèdic que adjunto el meu/va fill/a els medicaments
 següents:

NOM MEDICAMENT	HORARI	QUANTITAT/DOSI	Nº DIES
OBSERVACIONS:			

**Recordeu que heu d'adjuntar una còpia de la recepta/es i informe mèdic.*

Aprofito la mateixa circular per informar als responsables de la sortida de les:

AL·LÈRGIES
INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES
MENÚ ADAPTAT (Vegeterià, vegà, Halal, per diabètics, etc) ADJUNTAR DOCUMENTACIÓ

Signatura,

La Canonja, de de 20.....