|  |
| --- |
| **Autorització de medicaments** |

En/Na ........................................................................................., amb DNI ......................, com a mare/pare/tutor legal de l’alumne ........................................................................., autoritzo el meu fill/a a prendre la següent medicació durant l’intercanvi a Dinamarca que es durà a terme entre els dies 16 i 21 de juny.

Medicament: ......................................................................................................................

Dosi: ...................................................................................................................................

Horari de les dosis: .............................................................................................................

Necessita nevera? No 🞎 Sí 🞎

Medicament: ......................................................................................................................

Dosi: ...................................................................................................................................

Horari de les dosis: .............................................................................................................

Necessita nevera? No 🞎 Sí 🞎

Medicament: ......................................................................................................................

Dosi: ...................................................................................................................................

Horari de les dosis: .............................................................................................................

Necessita nevera? No 🞎 Sí 🞎

Adjunto recepta mèdica.

Signatura i data