



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 als Països Baixos que es durà a
terme entre els dies 11 i 16 de maig.

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.

Data:

Signatura