



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'estada a Sort que es durà a terme els dies 27
i 28 de març de 2025.

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