



Autorització de medicaments

En/Na, amb DNI,
com a mare/pare/tutor legal de l'alumne,
autoritzo al meu fill/a a prendre la següent medicació durant el viatge a Cantàbria que es durà a
terme entre els dies 16 i 20 de juny 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.

Signatura i data