

Autorització de medicaments

En/Na, amb DNI,
com a mare/pare/tutor legal de l'alumne/a,
autoritzo al meu fill/a a prendre la següent medicació durant el viatge a Andorra que es durà a
terme entre el 17 i 19 de desembre 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 No Sí

Signatura