

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 Berlín que es durà a
terme entre el 3 i 6 de febrer de 2026.

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