

SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS

Jo _____ pare/mare
de l'alumne _____
amb D.N.I n° _____

autoritzo al personal de l'escola Sanfeliu a administrar al meu fill/filla el
següent medicament:

Dia	Hora d'administració	Nom del medicament	Dosi

Signatura del pare, mare o tutor legal

SUBMINISTRAMENT DE MEDICAMENTS

Jo _____ pare/mare
de l'alumne _____
amb D.N.I n° _____

autoritzo al personal de l'escola Sanfeliu a administrar al meu fill/filla el
següent medicament:

Dia	Hora d'administració	Nom del medicament	Dosi

Signatura del pare, mare o tutor legal