



AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Mestre/mestra,

En/na _____ amb DNI _____
com a mare, pare o tutor legal de l'alumne/a _____ sol·licita
que li pugui administrar al meu/va fill/a el medicament que més avall es descriu, en el ben
entès que qualsevol responsabilitat que es pugués derivar d'aquest fet és assumida per mi.

_____, a _____ d _____ de 20__
Signatura mare, pare o tutor/a legal

MEDICAMENT

Nom del
medicament _____ Forma
de presentació _____ (pastilles, xarop, gotes)
Quantitat _____ Periodicitat _____
— Durada del tractament

_____ Altres