



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
ZER TERRA ALTA NORD

EN/na.....com a pare/mare
tutor/a de l'alumne/a.....
dono autorització als mestres per administrar al meu fill/a el següent
medicament.

Medicament:

Dosi:

Hora:

Data i signatura



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
ZER TERRA ALTA NORD

EN/na.....com a pare/mare
tutor/a de l'alumne/a.....
dono autorització als mestres per administrar al meu fill/a el següent
medicament.

Medicament:

Dosi:

Hora:

Data i signatura

