



## AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na \_\_\_\_\_

amb DNI \_\_\_\_\_ pare/mare/tutor/tutora de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ AUTORITZO al personal docent del CEIP  
d'Olvan a administrar-li la següent medicació:

MEDICAMENT	DOSI i HORARI	OBSERVACIONS

Olvan, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signatura  
pare/mare/tutor/a