

Ceip Sant Llorenç
Guardiola de Berguedà

AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENT

Jo amb DNI

..... autoritzo als mestres del CEIP Sant

Llorenç perquè li administrin la medicació que necessita el meu/va
fill/a.....

Adjunto la preinscripció mèdica al medicament que se li ha
d'administrar.

Signatura del pare o mare

Data.....