



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA



El/la Sr/a.....

pare/mare de l'alumne/a.....de.....curs

AUTORITZA, sota la seva responsabilitat, l'administració a l'escola de la següent medicació al seu/seva fill/a.

Nom del medicament:.....

Horari de la medicació:.....Durant els dies:.....

Observacions:.....

.....

Data:.....

Signatura pare/mare



AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS A L'ESCOLA



El/la Sr/a.....

pare/mare de l'alumne/a.....de.....curs

AUTORITZA, sota la seva responsabilitat, l'administració a l'escola de la següent medicació al seu/seva fill/a.

Nom del medicament:.....

Horari de la medicació:.....Durant els dies:.....

Observacions:.....

.....

Data:.....

Signatura pare/mare