FULL D'AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

ALUMNE/A ..... CURS: .....

MEDICACIÓ: ..... FORMAT: .....

HORA D'ADMINISTRACIÓ: ..... DOSIS: .....

DURADA DEL TRACTAMENT: Des del dia ..... fins el dia .....

S'HA DE RETORNAR ? SI ☐ NO ☐

S'HA DE LLENÇAR? SI ☐ NO ☐

CAL GUARDAR-LO A LA NEVERA ? SI ☐ NO ☐

EN/NA .....

AUTORITZO PERQUÈ S'ADMINISTRI EL MEDICAMENT ABANS ESMENTAT AL MEU FILL/A

Signatura

Palau-solità i Plegamans, ... de ..... de 20 .....