

SERVEI DE MENJADOR ESCOLAR
AUTORITZACIÓ PER A ADMINISTRAR
MEDICAMENTS DURANT EL SERVEI DE MENJADOR

Nom del pare, mare o tutor/a legal: _____

DNI del pare, mare o tutor/a legal: _____

Jo, com a pare, mare o tutor/a legal de l'alumne/a _____
que està cursant el nivell _____,

AUTORITZO

Als monitors o les monitores del menjador a administrar al meu fill o la meva filla la següent medicació:

Nom del medicament: _____

Dosi a subministrar: _____

Dates de subministrament i hora: _____

Sta Coloma de Gnet a _____ de _____ de 20____, Signatura _____

AQUEST DOCUMENT HA D'ANAR ACOMPANYAT DE LA
CORRESPONENT PRESCRIPCIÓ DEL METGE DEGUDAMENT SIGNADA I
SEGELLADA.